Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de Cobertura para 2027:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta como miembro de MCS Classicare Primero (HMO C-SNP)

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

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

- Su prima del plan y su costo compartido
- Sus beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con el servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si desea hacer preguntas sobre este documento, llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182). Los horarios son Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

Este plan, MCS Classicare Primero (HMO C-SNP), es ofrecido por MCS Advantage, Inc. (MCS Classicare). (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos”, o “nuestro/a”, hace referencia a MCS Advantage, Inc. (MCS Classicare). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a MCS Classicare Primero (HMO C-SNP)).

Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.

Esta información está disponible en diferentes formatos, incluyendo tamaño de letra grande, braille y audio CD. Por favor llame a Servicios para los miembros a los números de teléfono mencionados anteriormente si necesita información del plan en otro formato o idioma.

Los beneficios, y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2028.

Nuestro formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá notificación sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

Tabla de contenido

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 5

SECCIÓN 1 Usted es un miembro de MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) 5

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 6

SECCIÓN 3 Qué puede esperar cuando se una por primera vez a nuestro plan 7

SECCIÓN 4 Materiales importantes para miembros 9

SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027 11

SECCIÓN 6 Más información sobre su prima mensual del plan 15

SECCIÓN 7 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 19

SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 20

CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos* 22

SECCIÓN 1 Contactos de MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) 22

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 28

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 30

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) 31

SECCIÓN 5 Seguro Social 32

SECCIÓN 6 Medicaid 32

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 33

SECCIÓN 8 Junta de jubilación para ferroviarios 35

SECCIÓN 9 Si usted tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador 36

CAPÍTULO 3: *Utilizando el plan para obtener servicios médicos* 37

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 37

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica 39

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención 44

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan de manera directa el costo total de los servicios cubiertos? ... 46

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica ... 47

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica ... 49

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero ... 50

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) ... 52

SECCIÓN 1 Entendiendo sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos ... 52

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos le indica sus beneficios y costos médicos ... 54

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) ... 138

CAPÍTULO 5: Utilizando la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D ... 141

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan ... 141

SECCIÓN 2 Obtenga su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan ... 141

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan ... 145

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura ... 146

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted quiere ... 148

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año ... 151

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos ... 153

SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento con receta ... 155

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ... 155

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos ... 157

CAPÍTULO 6: *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D* ... 160

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D ... 160

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) ... 162

SECCIÓN 3 Su *Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra usted 163

SECCIÓN 4 No hay un deducible para MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) 165

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial 165

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura en situaciones catastróficas 171

SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D 171

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 174

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de sus servicios o medicamentos cubiertos 174

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 177

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 177

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades* 179

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales 179

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 193

CAPÍTULO 9: *Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 196

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud 196

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 196

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema 197

SECCIÓN 4 Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones 198

SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 201

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 209

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto 220

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto 226

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 230

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 233

CAPÍTULO 10: *Cancelación de su membresía en nuestro plan* 237

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan 237

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 237

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan 240

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan 241

SECCIÓN 5 MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) debe cancelar la membresía de su plan en ciertas situaciones 241

CAPÍTULO 11: *Avisos legales* 244

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 244

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 244

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 245

SECCIÓN 4 Aviso sobre no discriminación bajo Sección 1557 de la Ley de cuidado de salud de bajo costo. 245

SECCIÓN 5 Protecciones al reportar sospecha de fraude, abuso y/o despilfarro 247

CAPÍTULO 12: *Definiciones* 248

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es un miembro de MCS Classicare Primero (HMO C-SNP)

Sección 1.1 Está inscrito en MCS Classicare Primero (HMO C-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para medicamentos y atención médica de Medicare a través de MCS Classicare Primero (HMO C-SNP).

MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un “Plan de necesidades especiales” de Medicare). Esto significa que sus beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) está diseñado para brindar beneficios de salud adicionales que ayudan específicamente a personas que tienen diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica y/o trastornos cardiovasculares (arritmias cardíacas, enfermedad arterial coronaria, enfermedad vascular periférica y/o trastorno tromboembólico venoso crónico).

Nuestro plan incluye proveedores que se especializan en el tratamiento de la diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica y/o trastornos cardiovasculares (arritmias cardíacas, enfermedad arterial coronaria, enfermedad vascular periférica y/o trastorno tromboembólico venoso crónico). También incluye programas de salud diseñados para satisfacer las necesidades de las personas con estas condiciones. Además, nuestro plan cubre medicamentos con receta para tratar la mayoría de las condiciones, incluidos los medicamentos generalmente utilizados para tratar diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica y/o trastornos cardiovasculares (arritmias cardíacas, enfermedad arterial coronaria, enfermedad vascular periférica y/o trastorno tromboembólico venoso crónico). Como miembro de nuestro plan, usted obtiene beneficios especialmente diseñados para su condición y todo su servicio de atención estará coordinado a través de nuestro plan.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo MCS Classicare Primero (HMO C-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 las modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los cuales usted está inscrito en MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite que hagamos cambios a nuestro planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) después del 31 de diciembre de 2027. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) cada año. Usted puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si elegimos continuar ofreciendo nuestro plan y si Medicare renueva la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas las condiciones que se indican a continuación:

- Usted tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Usted vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aun si se encuentran físicamente en esta área.
- Si es usted ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible.
- Usted cumple 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 especializadas de las personas que padecen ciertas condiciones. Para ser elegible para nuestro plan, debe tener diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica y/o trastornos cardiovasculares (arritmias cardíacas, enfermedad arterial coronaria, enfermedad vascular periférica y/o trastorno tromboembólico venoso crónico).

Nota: Si pierde su elegibilidad para nuestro plan, pero se espera razonablemente que la recupere dentro de los 2-meses, entonces seguirá siendo elegible para la membresía. Sección 2 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad continua.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para MCS Classicare Primero (HMO C-SNP)

MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, usted debe continuar viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos municipios en Puerto Rico: Adjuntas, Aguada, Aguadilla, Aguas Buenas, Aibonito, Añasco, Arecibo, Arroyo, Barceloneta, Barranquitas, Bayamón, Cabo Rojo, Caguas, Camuy, Canóvanas, Carolina, Cataño, Cayey, Ceiba, Ciales, Cidra, Coamo, Comerío, Corozal, Culebra, Dorado, Fajardo, Florida, Guánica, Guayama, Guayanilla, Guaynabo, Gurabo, Hatillo, Hormigueros, Humacao, Isabela, Jayuya, Juana Díaz, Juncos, Lajas, Lares, Las Marías, Las Piedras, Loíza, Luquillo, Manatí, Maricao, Maunabo, Mayagüez, Moca, Morovis, Naguabo, Naranjito, Orocovis, Patillas, Peñuelas, Ponce, Quebradillas, Rincón, Río Grande, Sabana Grande, Salinas, San Germán, San Juan, San Lorenzo, San Sebastián, Santa Isabel, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Utuado, Vega Alta, Vega Baja, Vieques, Villalba, Yabucoa y Yauco.

Si usted se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) para consultar si contamos con algún plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

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

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

Debe ser ciudadano estadounidense o nacional, o un no ciudadano elegible para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) si no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan según este requisito. MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Qué puede esperar cuando se una por primera vez a nuestro plan

Sección 3.1 Evaluación de riesgos de salud

Cuando se une por primera vez a nuestro plan, recibe una evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA) en un plazo de 90 días antes o después de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción.

Tenemos que realizarle una HRA. La HRA es la base para desarrollar su plan de cuidado. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales, así como necesidades sociales cognitivas y relacionadas con la salud.

Nos pondremos en contacto con usted para completar la HRA. La Evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA) puede completarse en persona, por teléfono o por correo, para adaptarse a las necesidades y preferencias del beneficiario. El método recomendado es que lo complete el PCP/médico durante una consulta personal o un encuentro de telemedicina en tiempo real. Cuando resulte adecuado, están disponibles métodos alternativos, como las evaluaciones por teléfono y por correo. Le enviaremos más información sobre esta HRA. Entonces nos comunicaremos con usted anualmente para informarnos de cualquier novedad y determinar si sus necesidades han cambiado.

Sección 3.2 Equipo de atención médica y su plan de cuidado

Un equipo de atención médica puede ayudarlo para que siga recibiendo la atención médica que necesite. Un equipo de atención médica puede incluir a su médico, un coordinador de cuidado, los especialistas que consulta u otros profesionales de la salud de su elección.

Usted trabaja con un equipo de atención médica para elaborar un plan de atención basado en sus preferencias. Un plan de atención le indica a usted y a sus médicos y a otros proveedores de salud qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual y otros servicios si corresponde.

Su plan de atención incluye:

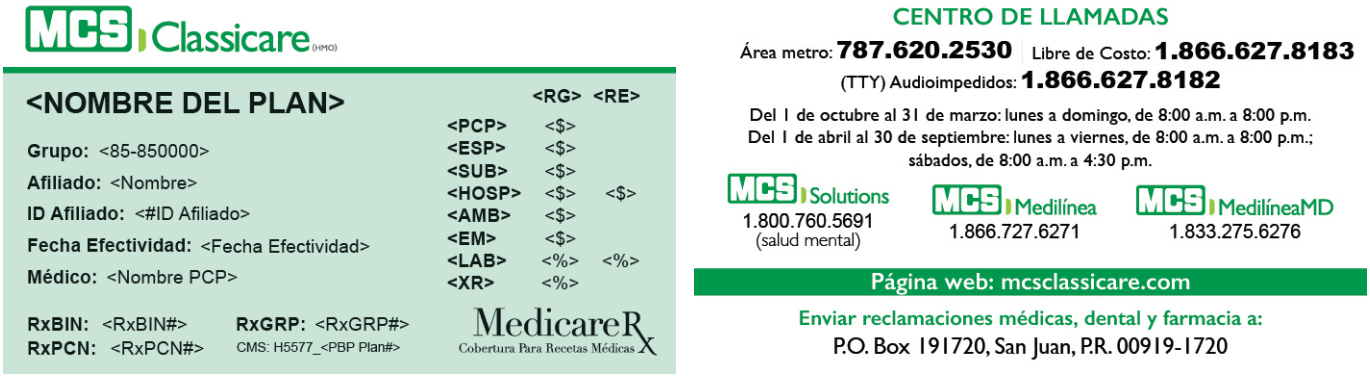
- Las metas y los objetivos para autoadministrar sus necesidades médicas, funcionales, cognitivas, psicosociales y de salud mental identificados a través de la HRA.
- Preferencias de atención médica personal
- Una descripción de los servicios específicamente diseñados para sus necesidades y metas
- El rol de su(s) cuidador(es)
- Es estado de sus metas de salud

Su equipo de atención médica se reúne con usted después de la Evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA). Le preguntan por los servicios que necesita. También le informan sobre los servicios que podría querer recibir. Su equipo de atención médica trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año, o cuando sea necesario si se producen cambios en su estado de salud.

SECCIÓN 4 Materiales importantes para miembros

Sección 4.1 Tarjeta de miembro de nuestro plan

Use su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si tiene una. Muestra de la tarjeta de miembro del plan:



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 lugar de la tarjeta de miembro de MCS Classicare Primero (HMO C-SNP), es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le podría pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 4.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* (www.mcsclassicare.com) enumera los proveedores actuales de nuestra red y proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para recibir su atención médica y servicios. Si acude 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 está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Obtenga la lista más actualizada de proveedores y suplidores en nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com, y en la app Mi MCS. Ahí, usted puede descargar la versión más reciente del directorio, junto con una función de búsqueda que le permite encontrar fácilmente a sus médicos por categoría, especialidad o municipio, lo que le ayuda a ahorrar tiempo y esfuerzo. También puede realizar búsquedas avanzadas utilizando otros filtros, como el idioma que habla el profesional de la salud, los servicios de interpretación, si el profesional acepta nuevos pacientes y si tiene acceso para personas con impedimentos, entre otros. Una vez que haya realizado la búsqueda, recibirá una lista específica de proveedores, según los filtros que haya establecido, con horarios de oficina, el número de teléfono y la dirección física. Además, si accede al directorio a través de su cuenta de Mi MCS, tiene la opción de guardar los proveedores que haya seleccionado pulsando la opción "Agregar a favoritos".

Si no tiene un *Directorio de proveedores y farmacias* (www.mcsclassicare.com), puede solicitar una copia (por vía electrónica o en papel) de Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182). Las solicitudes de *Directorios de proveedores y farmacias* en formato impreso se le enviarán en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 4.3 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* (www.mcsclassicare.com) enumera las farmacias actuales de nuestra red. Las **farmacias de la red** son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte el Sección 2.4 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com.

Sección 4.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada la Lista de medicamentos o el formulario). Indica cuáles medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en MCS Classicare Primero (HMO C-SNP). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos cumple con todos los requisitos de Medicare. Los medicamentos incluidos en el Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare (Medicare Drug Price Negotiation Program) se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido eliminados o reemplazados como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de MCS Classicare Primero (HMO C-SNP).

La Lista de medicamentos también indica si existen normas que restringen la cobertura de un medicamento.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, visite www.mcsclassicare.com o llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182).

SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 5.1 para conocer los detalles.	$0
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte el Capítulo 4 Sección 1 para obtener detalles.)	$3,400
Consultas de atención primaria en el consultorio	$0 de copago por consulta
Consultas en el consultorio de un especialista	$0 de copago por consulta
Hospitalizaciones Incluye diversas estadías hospitalarias como atención aguda, rehabilitación y cuidados a largo plazo. Una estadía hospitalaria como paciente internado comienza el día en que es admitido formalmente con la orden de un médico y termina el día antes de su alta.	**Nivel 1:** $0 de copago por cada estadía intrahospitalaria cubierta por Medicare. $0 de copago por días adicionales cubiertos por Medicare. **Nivel 2:** $50 de copago por cada estadía intrahospitalaria cubierta por Medicare.
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 Para obtener más información, incluyendo las etapas de deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	**Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D:** $0

	Sus costos en 2027
	Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de Nivel 1: $0 de copago • Medicamentos de Nivel 2: $0 de copago • Medicamentos de Nivel 3: $0 de copago • Medicamentos de Nivel 4: $10 de copago Usted paga $5 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 5: 33% de coseguro Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: • Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:
- Prima del plan (Sección 5.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 5.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 5.3)
- Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Sección 5.4)
- Monto del plan de pago de recetas de Medicare (Sección 5.5)

Sección 5.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan por separado para MCS Classicare Primero (HMO C-SNP).

Sección 5.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare

Nuestro plan tendrá una reducción de $31 en su prima mensual de la Parte B de Medicare en este año contractual.

Debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima para la Parte B. Usted también puede pagar una prima para la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 5.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para 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 acreditable para medicamentos con receta. La cobertura para medicamentos acreditable 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 de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable para medicamentos o de la Parte D. Por lo general, tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en MCS Classicare Primero (HMO C-SNP), le informamos el monto de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

Usted **no** tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, si:

- Recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- Usted ha estado menos de 63 días seguidos sin la Parte D u otra cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura para medicamentos acreditable a través de otra fuente, (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA)). Su asegurador o departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información en una carta o boletín informativo de ese plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
    - **Nota**: Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura acreditable para medicamentos con receta que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar de Medicare para medicamentos.

- **Nota**: Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web para descuento de medicamentos no son cobertura acreditable para medicamentos con receta.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Esta es la manera en que funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2027, el monto promedio de la prima es de $41.33.
- Para calcular su multa mensual, Medicare multiplica el número de meses sin cobertura (porcentaje de multa) por el 1 % de la prima base nacional del beneficiario y luego redondea esa cantidad a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si supera 14 meses sin la Parte D u otra cobertura acreditable, la multa sería 14% multiplicada por $41.33, que es igual a $5.79. Esto se redondea a $5.80. Este monto se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

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

- **La multa puede cambiar cada año**, ya que la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Por lo general, 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.
- Si usted es *menor* de 65 y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reajustará cuando cumpla 65 años. 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.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una reconsideración (apelación) de la multa. La reconsideración es evaluada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros. Por lo general, debe solicitar la reconsideración **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si usted pagó una multa antes de ingresar a nuestro plan, por lo general no tendrá otra oportunidad de solicitar una reconsideración de esa multa por inscripción tardía.

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

Sección 5.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

A algunos miembros se les podría exigir el pago de un cargo adicional, conocido como el Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount), de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

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

Si está en desacuerdo con pagar el IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 5.5 Monto del Plan de Pago para Recetas Médicas de Medicare

Si usted está participando en el plan de pago para recetas médicas de Medicare, cada mes usted pagará la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura por sus medicamentos con receta de su plan de salud o plan de medicamentos recetados (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe pagar por cualquier receta que obtenga, más el balance del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan en el año.

La sección 7 del capítulo 2, brinda más información sobre el Plan de pago para recetas médicas de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 6 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 6.1 Cómo pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

Existen tres maneras en las que puede pagar la multa.

Las tres maneras para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D son: pago por cheque (libreta de cupones), descuento de su cheque de Seguro Social, y descuento automático. Cuando usted se inscribe por primera vez en nuestro plan, usted tiene que escoger su opción de pago por su multa por inscripción tardía de la Parte D en el formulario de Opciones de Pago. Para cambiar la opción de pago seleccionada, deberá completar nuevamente el formulario de Opciones de Pago y marcar la casilla "Cambiar".

Recuerde, este formulario está disponible en nuestros centros de servicio. También puede llamar a Servicios para los miembros y le enviaremos un formulario.

Puede entregarnos el formulario en persona, debidamente completado, en cualquiera de nuestros centros de servicio, vía fax a 787-622-2098, o por correo postal a la siguiente dirección: MCS Classicare, PO BOX 193310, San Juan, PR 00919-3310.

Si usted decide cambiar la manera en la cual usted paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, puede tardar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigor. Mientras estamos procesando su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurar que su multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo.

Opción 1: Pagar con cheque

Puede pagar con cheque usando la libreta de cupones de pago: (los cheques deben ser pagaderos a nombre de MCS Classicare, no a nombre de CMS o HHS). Usted también puede pagar por giro postal, tarjetas de crédito, tarjetas de débito, y con efectivo usando la libreta de cupones. Si solicita pagar con libreta de cupones en su inscripción inicial, recibirá una libreta de cupones en o antes de que comience el nuevo año póliza, para realizar sus pagos en nuestros Centros de Servicio, Banco Popular de Puerto Rico, por teléfono, por correo y en línea.

Si por alguna razón, pierde la libreta de cupones, puede llamar a nuestro departamento de Servicios para los miembros para solicitar una nueva. Los números de teléfono de nuestro departamento de Servicios para los miembros están en la contratapa de este folleto. El pago de su multa por inscripción tardía de la Parte D vence el día primero (1ro) de cada mes. Dispone de un plazo de gracia de 30 días para enviarnos su pago.

Si realiza el pago de un talonario de cupones en nuestros centros de atención al cliente, puede pagar mediante cheque, giro postal, tarjeta de crédito o tarjeta de débito (ATH) Tenga en cuenta que en los centros de atención al cliente no se aceptan pagos en efectivo

Si realiza el pago de un talonario de cupones en el Banco Popular de Puerto Rico, puede pagar mediante cheque, giro postal y efectivo.

Si desea realizar el pago de su talonario de cupones por teléfono, puede hacerlo llamando a nuestro departamento de Servicios para los miembros: 1-866-627-8183 (Libre de cargos); 1-866-627-8182 (usuarios de TTY); de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes, y los sábados de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre. Puede realizar el pago por teléfono utilizando su tarjeta de crédito o débito VISA, su tarjeta

de crédito o débito MasterCard, su tarjeta de crédito o débito American Express, su cuenta corriente o su cuenta de ahorro.

Si desea realizar un pago mediante un talonario de cupones por correo, puede enviar un cheque o un giro postal junto con su cupón a: MCS Classicare, PO BOX 70348 San Juan PR 00936-8348.

Si desea realizar un pago en línea a través de «Mi MCS» en el sitio web de MCS Classicare, puede hacerlo utilizando su tarjeta de crédito o débito VISA, su tarjeta de crédito o débito MasterCard, su tarjeta de crédito o débito American Express, su cuenta de ahorro o su cuenta de cheques. Nuestro sistema de pago está diseñado para aceptar pagos mensuales. No obstante, también le permite realizar pagos por adelantado, siempre que su cuenta no presente atrasos. Si paga con tarjeta de crédito o débito, el pago aparecerá en su cuenta el mismo día de la transacción. Si utiliza una cuenta corriente o de ahorro, el pago puede tardar entre dos (2) y tres (3) días laborables en aparecer en su cuenta. Si la transacción se realiza correctamente, aparecerá en su historial de pagos en línea en un plazo de entre dos (2) y cinco (5) días laborables.

Para utilizar este servicio, debe:

1. Accesar en https://www.mcsclassicare.com.
2. Una vez que haya iniciado sesión, verá una opción en el centro de la pantalla titulada Mi MCS. Haga clic en el enlace.
3. A continuación, verá un recuadro en la parte derecha de la pantalla. Si es un miembro nuevo, debe registrarse. Haga clic en Registro.
4. Una vez que haya ingresado a la página de registro, llene el Formulario de registro. Necesitará su tarjeta de identificación del plan. Téngala a la mano.
5. Complete su pago. Si tiene cualquier problema al hacer un pago, comuníquese con Servicios para los miembros.

Cuando se haya hecho su pago, el sistema le proporcionará un número de confirmación. Mantenga un registro de estos números de confirmación. Puede hacer que se envíe una copia de su transacción a la dirección de correo electrónico registrada en Mi MCS. Podrá consultar su historial de transacciones de los últimos doce (12) meses a través del servicio de pago en línea.

Si tiene problemas para tener acceso a su nombre de usuario o contraseña, visite la página de inicio de Mi MCS en http://www.mcsclassicare.com y haga clic en el área que dice "¿Olvidaste tu contraseña?" Haga clic aquí. Puede volver a configurar su contraseña desde aquí.

Si tiene alguna pregunta sobre la opción de pago en línea, llámenos.

Si, al utilizar cualquiera de estos métodos, el banco rechaza un pago por fondos insuficientes, seguiremos realizando los trámites necesarios para cobrar el importe durante los 20 días siguientes al primer intento. El banco se encargará de supervisar la cuenta para cobrar los fondos tan pronto como estén disponibles.

Opción 2: Puede hacer un pago automatizado

Usted puede optar pagar por el método de pago de descuento automático usando su cuenta de banco (cuenta de cheques o cuenta de ahorros) o su tarjeta de crédito. Si usted escoge esta opción, el monto de la Multa por inscripción tardía de la Parte D será debitado o cargado mensualmente de su cuenta de banco o a su tarjeta de crédito, según usted escoja. El pago automático siempre será el décimo (10mo) día del mes. Si el décimo día es fin de semana o es feriado, la transacción será procesada el próximo día laborable. Si el banco rechaza el retiro debido a fondos insuficientes, continuaremos realizando gestiones para cobrar la cantidad durante los próximos 20 días luego del primer intento de retiro. El banco será responsable de darle seguimiento a la cuenta para cobrar los fondos, tan pronto estén disponibles.

Opción 3: Hacer que las multas por inscripción tardía de la Parte D se descuenten de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D. Si decide cambiar la forma de pago de su multa por inscripción tardía de la Parte D, el nuevo método de pago puede tardar hasta 3 meses en entrar en vigencia. Mientras tramitamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que su multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame a nuestro departamento de Servicios para los miembros o visite nuestros Centros de servicio.

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D

Debemos recibir su pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D en nuestra oficina antes del día día 1 del mes. Si no recibimos su pago antes del día día 1 del mes, le enviaremos un aviso en el que le informamos que su membresía en su plan se cancelará si no recibimos el pago de su multa por inscripción tardía de la Parte D, si se debe, en un plazo de 90 días calendario. Si debe una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos.

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, si se debe, a tiempo, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) para ver si podemos referirlo a programas que lo ayuden con sus costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó la multa por inscripción tardía de la Parte D, si corresponde, Medicare Original brindará su cobertura médica. Posiblemente no podrá recibir la cobertura para medicamentos de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el Período de inscripción abierta. (Si supera los 63 días sin cobertura acreditable para medicamentos, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que nos siga debiendo las multas no pagadas. Tenemos derecho a solicitar el pago del monto que adeude. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (u otro plan que ofrecemos), deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si usted considera que hemos cancelado su membresía por error, puede presentar una queja (también conocida como reclamo). Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, si se debe, dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja o llámenos al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) entre Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre.. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182). Debe presentar su queja antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha de cancelación de su membresía.

Sección 6.2 La prima mensual de su plan no cambiará durante el año

No podemos cambiar el monto de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, podría dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o podría comenzar a pagar una multa por inscripción tardía.

- Si actualmente paga una 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, podría estar sujeto a la multa por inscripción tardía si cancela la inscripción de su plan o si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D.

Encontrará más información sobre Ayuda adicional en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 7 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan incluido su Proveedor de Atención Primaria (PCP).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido**. Es por ello que, es muy importante que usted ayude a mantener actualizada su información.

Si tiene alguno de estos cambios, infórmenos:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o Medicaid)

- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si ingresa en un centro de cuidados
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área o que no pertenecen a la red
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador)
- Si usted participa en un estudio de investigación clínica (**Nota**: No está obligado a informarle a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga)

Si hay algún cambio en esta información, llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182).

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

SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura para atención médica o cobertura para medicamentos que usted tenga de manera que podamos coordinar cualquier otra cobertura con los beneficios que usted tiene a través de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas para atención médica o de cobertura para medicamentos que sean de nuestro conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no será necesario que usted haga nada. Si la información no es correcta, o si usted cuenta con alguna otra cobertura que no se menciona, llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182). Usted podría necesitar proporcionarles su número de identificación de miembro del plan a sus otros seguros (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de MCS Classicare Primero (HMO C-SNP)

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros de MCS Classicare Primero (HMO C-SNP). Con gusto lo ayudaremos.

Servicios para los miembros – información de contacto	
Llame al	1-866-627-8183 Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre. Servicios para los miembros 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-866-627-8182 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultad auditiva o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	787-620-1337
Escriba a	MCS Advantage, Inc. Servicios para los miembros PO BOX 191720 San Juan, PR 00919-1720
Sitio web	www.mcsclassicare.com

Cómo solicitar una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura de su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura sobre atención médica – Información de contacto	
LLAME AL	1-866-627-8183 Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	1-866-627-8182 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	787-620-1336
ESCRIBA A	MCS Advantage, Inc. Departamento de Asuntos Clínicos PO BOX 191720 San Juan, PR 00919-1720
SITIO WEB	www.mcsclassicare.com

Cómo presentar una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Apelaciones sobre la atención médica – Información de contacto	
LLAME AL	1-866-627-8183 Las llamadas a este número son gratuitas.

Apelaciones sobre la atención médica – Información de contacto	
	Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	1-866-627-8182 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultad auditiva o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	787-620-7765
ESCRIBA A	MCS Advantage, Inc. Unidad de Querellas y Apelaciones P.O. Box 195429 San Juan, PR 00919-5429
SITIO WEB	www.mcsclassicare.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores 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 acerca de cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre la atención médica – Información de contacto	
Llame al	1-866-627-8183 Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	1-866-627-8182 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultad auditiva o del habla.

Quejas sobre la atención médica – Información de contacto	
	Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	787-620-7765
Escriba a	MCS Advantage, Inc. Unidad de Querellas y Apelaciones P.O. Box 195429 San Juan, PR 00919-5429
Medicare sitio web	Para presentar una queja sobre MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) directamente a Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint

Cómo solicitar una decisión de cobertura para sus medicamentos de la Parte D.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o en relación con el monto que pagaremos por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura de sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura para sus medicamentos de la Parte D: información de contacto	
Llame al	1-866-627-8183 Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	1-866-627-8182 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultad auditiva o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	1-866-763-9097

Decisiones de cobertura para sus medicamentos de la Parte D: información de contacto	
Escriba a	MCS Advantage, Inc. Departamento de Farmacia PO BOX 191720 San Juan, PR 00919-1720
Sitio web	www.mcsclassicare.com

Cómo presentar una apelación sobre los medicamentos de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre los medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Apelaciones sobre los medicamentos de la Parte D – información de contacto	
LLAME AL	1-866-627-8183 Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	1-866-627-8182 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultad auditiva o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-866-763-9097
ESCRIBA A	MCS Advantage, Inc. Departamento de Farmacia PO BOX 191720 San Juan, PR 00919-1720
SITIO WEB	www.mcsclassicare.com

Cómo presentar una queja sobre medicamentos de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de las 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 sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Quejas: sobre medicamentos de la Parte D – Información de contacto	
Llame al	1-866-627-8183 Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	1-866-627-8182 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	787-620-7765
Escriba a	MCS Advantage, Inc. Unidad de Querellas y Apelaciones P.O. Box 195429 San Juan, PR 00919-5429
Sitio web de Medicare	Puede presentar una queja sobre MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare visite Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de atención médica o de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago – información de contacto	
LLAME AL	1-866-627-8183 Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	1-866-627-8182 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	787-620-1337
ESCRIBA A	MCS Advantage, Inc. Departamento de Reclamaciones PO BOX 191720 San Juan, PR 00919-1720
SITIO WEB	www.mcsclassicare.com

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de 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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare – Información de contacto	
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas, los 7 días de la semana.

Medicare – Información de contacto	
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultad auditiva o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chat en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan. • Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica y suplidores que participan en Medicare. • Conozca qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inmunizaciones o vacunas y consultas anuales de “Bienestar”). • Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, los centros de cuidados, los hospitales, los médicos, la agencia de atención médica a domicilio, los centros de diálisis, los hospicios, los centros de rehabilitación para pacientes internados y los hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar el sitio web Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de MCS Classicare Primero (HMO C-SNP). **Para presentar una queja ante Medicare,** visite Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

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

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, que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Puerto Rico, el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna empresa de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud pueden ayudarlo a que entienda sus derechos con relación a Medicare, a presentar quejas sobre la atención médica o el tratamiento médico y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

	Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud (SHIP de Puerto Rico) – información de contacto
Llame al	1-877-725-4300 (Área Metropolitana) 1-800-981-0056 (Área de Mayagüez) 1-800-981-7735 (Área de Ponce)
TTY	1-787-919-7291 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultad auditiva o del habla.
Escriba a	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada de Puerto Rico PO BOX 191179 San Juan, PR 00919-1179 shippr@oppea.pr.gov
Sitio web	https://www.oppea.pr.gov/programas-y-servicios

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

Una organización designada para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) trabaja para las personas con Medicare en cada estado. Para Puerto Rico, la Organización para la mejora de la calidad se denomina Commence Health.

Commence Health tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare paga para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Commence Health es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Comuníquese con Commence Health en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Ejemplos de inquietudes sobre la calidad de la atención incluyen recibir el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

	Commence Health (Organización para la mejora de la calidad de Puerto Rico) - Información de contacto
Llame al	787-520-5743 1-866-815-5440 (número gratuito) 1-855-236-2423 (fax) Lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Sábado, domingo y días feriados de 10:00 a.m. a 4:00 p.m. Hay disponibles un correo de voz las 24 horas, actualizaciones sobre el estado de casos y servicios de apelación en línea.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultad auditiva o del habla.
Escriba a	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687

	Virginia Beach, VA 23454
Sitio web	https://www.commencehealthqio.cms.gov/en

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y maneja las inscripciones en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por su cobertura para medicamentos de la Parte D debido a que tienen un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se le indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

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

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de

Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicaid y los programas de ahorro de Medicare, comuníquese con el Departamento de Salud de Puerto Rico - Programa Medicaid.

	Departamento de Salud de Puerto Rico - Progama Medicaid – Información de contacto
Llame al	787-641-4224 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY/TDD	1-787-625-6955 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultad auditiva o del habla.
Escriba a	Programa Medicaid Departamento de Salud de Puerto Rico PO BOX 70184 San Juan, PR 00936-8184 prmedicaid2@salud.pr.gov
Sitio web	https://www.medicaid.pr.gov/CMS/4

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

El sitio web de Medicare (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) brinda información sobre algunas maneras para reducir los costos de sus medicamentos con receta. Los programas a continuación pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

En Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana existen programas que ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de Medicare. Los programas en estas áreas pueden variar. Comuníquese con la oficina de Asistencia Médica (Medicaid) local para conocer más sobre sus normas (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 de este capítulo). O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Medicaid” para obtener más información. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar Medicare.gov para obtener más información.

¿Qué ocurre si tiene "Ayuda adicional" y cobertura del 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 que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de asistencia de seguro médico (Health Insurance Assistance Program, HIAP) - Programa Ryan White Parte B / ADAP - Departamento de Salud de Puerto Rico.

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su Estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el Estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos (según lo establece el Estado), y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de planes, notifique a su trabajador de inscripción en el ADAP local de manera que usted pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o sobre cómo incribirse en el programa, llame al 787-765-2929, exts. 5103, 5136, o 5137.

Plan de pago de recetas de Medicare

El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que funciona junto con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarle a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al extenderlos a través **del año calendario** (enero – diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o con un plan de salud de Medicare que tenga cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si usted está participando en el Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027, usted no necesita presentar una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027.** Para saber más acerca de esta opción de pago, llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) o visite Medicare.gov.

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare: información de contacto	
LLAME A	1-866-627-8183 Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare: información de contacto	
TTY	1-866-627-8182 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre.
ESCRIBA A	MCS Advantage, Inc. Departamento de Farmacia PO BOX 191720 San Juan, PR 00919-1720
SITIO WEB	www.mcsclassicare.com

SECCIÓN 8 Junta de jubilación para ferroviarios

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

Junta de jubilación 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 tener acceso a la línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.

Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto	
SITIO WEB	https://RRB.gov

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

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) 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 doméstica). Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas acerca de su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3:

Utilizando nuestro plan para obtener sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener su atención médica cubierta. Para obtener detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto pagará cuando reciba atención, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud licenciados 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 médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo por sus servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros de 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 medicamentos con receta se describe en el Capítulo 5.

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

Como un plan de salud de Medicare, MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y seguir las normas de cobertura de Medicare Original.

MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba está incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **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 condición médica 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).
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan) no estará cubierto. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que obtiene. Hay 3 excepciones:
    - Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted obtenga de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué se consideran como atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
    - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. Antes de recibir cuidado, contacte al plan para saber si el servicio requiere coordinación o preautorización. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
    - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor de este servicio esté temporalmente no disponible o no sea accesible. El costo compartido que le paga a nuestro plan por diálisis nunca puede ser más alto que el costo compartido en Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser más alto que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1 Usted debe elegir a un Proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde atención médica y la supervise

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

Cuando usted se convierte en miembro de nuestro plan, debe escoger a un proveedor del plan para que sea su médico de cuidados primarios. Un médico de cuidados primarios (PCP, por sus siglas en inglés) es un proveedor participante con las licencias necesarias para practicar la medicina en Puerto Rico, quien provee evaluación, tratamiento y la coordinación de servicios médicamente necesarios para el paciente.

¿Qué tipos de proveedores puede ser un PCP?

Usted puede escoger su PCP entre los siguientes médicos:

- Médico generalista
- Médico de familia
- Médico de medicina interna
- Geriatra (si usted tiene 60 años o más)

La función de un PCP en su plan

Su PCP es el responsable de realizar la evaluación, el tratamiento y la coordinación de los servicios médicamente necesarios para su atención de salud. Su PCP puede ayudarle a seleccionar un especialista de la red y darle seguimiento luego de cualquier visita al especialista. Su PCP también es responsable de completar el cuestionario de la Evaluación integral de riesgos de salud (Comprehensive Health Risk Assessment, CHRA). En este cuestionario, su PCP detalla todos los aspectos relacionados con su salud, incluyendo el reconocimiento físico realizado, la evaluación completa de sus condiciones, su historial médico, la revisión de los medicamentos recetados y la atención preventiva, entre otros. Esta evaluación ayuda a que su PCP determine las opciones de tratamiento adecuadas para usted.

¿Cuál es el rol del PCP en la coordinación de servicios cubiertos?

Su PCP es responsable de coordinar los servicios necesarios para el cuidado de su salud. Su PCP coordinará todo su cuidado preventivo y determinará cuándo usted necesitará tratamiento especializado. Usted no necesita un referido de su PCP para ver a especialistas de la red.

¿Cuál es el rol del PCP en la toma de decisiones sobre una preautorización o la obtención de la misma, si aplica?

Su PCP también puede coordinar ciertos servicios cubiertos para usted. Para algunos tipos de servicios, su PCP podrá necesitar obtener la aprobación previa de nuestro plan (a esto se le llama obtener una

"preautorización"). Su PCP, el especialista o usted pueden comunicarse con nuestro Servicios para los miembros en caso de necesitar una preautorización. Hay algunos servicios que deben ser coordinados a través del plan, como diálisis renal cuando viaja fuera de Puerto Rico (vea la sección 2.2).

¿Cómo elige al PCP?

Usted debe utilizar su *Directorio de proveedores y farmacias* para escoger a su PCP al momento de afiliarse a nuestro plan. El directorio incluye un listado de los proveedores disponibles. Una vez que escoja a su PCP, la tarjeta de identificación de miembro que recibirá mostrará su nombre.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También existe la posibilidad de que su PCP deje de estar en la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso usted tendrá que elegir un PCP nuevo. Cambiar de PCP no afectará los servicios que recibe de especialistas o de otros profesionales aliados de la salud que usted pudiera usar.

Para cambiar de PCP, llame a nuestro Servicios para los miembros en el número de teléfono que figura en la contraportada de este folleto. Cuando llame, asegúrese de informar a nuestro representante de Servicios para los miembros si usted está consultando a especialistas o si obtiene otros servicios cubiertos que necesitan de la aprobación de su PCP. Nuestro representante de Servicios para los miembros le ayudará a asegurarse de que puede continuar con la atención especializada y otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambie a su PCP. Su expediente se actualizará y el cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. En determinados casos, puede solicitarnos que le cambiemos de PCP de forma urgente. También puede solicitar el cambio en cualquiera de nuestros centros de servicio.

Cuando un PCP que usted está visitando deja de formar parte de nuestra red, usted debe escoger otro PCP dentro de la red de proveedores participantes. Si su PCP deja nuestro plan, se lo haremos saber y le ayudaremos a escoger otro PCP para que pueda seguir recibiendo los servicios cubiertos.

Cuidado en el periodo de transición: Si el contrato de su proveedor es terminado o cancelado, el plan le notificará dentro de 30 días calendario antes de la fecha de terminación. Usted puede continuar recibiendo los beneficios del mismo proveedor durante un período de 90 días de transición, a partir de la fecha de terminación o la fecha en la que el proveedor canceló su contrato. Ciertas excepciones pueden aplicar.

Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin un referido de su PCP

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

- Atención médica de rutina de la mujer, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando se obtengan con un proveedor de la red

- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía siempre y cuando se obtengan con un proveedor de la red
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red
- Los servicios cubiertos por un plan que se necesitan con urgencia son aquellos que requieren atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de condiciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan temporalmente. Si es posible, llame al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios TTY deben llamar al 1-866-627-8182) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.

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

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

- Oncólogos tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos tratan a los pacientes que tienen condiciones cardíacas.
- Ortopedas tratan a los pacientes que tienen determinadas condiciones óseas, articulares o musculares.

¿Cuál es el rol del PCP (si alguno) en referir a los miembros a especialistas y otros proveedores?

Como miembro de nuestro plan usted puede visitar cualquier especialista de nuestra red sin referido.

Por favor note: Cambiar de PCP no afectará los servicios que usted recibe de especialistas y otros profesionales aliados de la salud que usted pueda utilizar.

Algunos servicios requieren preautorización (PA) del plan

Hay ciertos servicios que requieren preautorización de su plan. Los beneficios que requieren preautorización se mencionan en el Sección 2 del Capítulo 4, de este folleto.

Cómo solicitar una preautorización

Usted o su proveedor nos puede enviar su solicitud de preautorización vía fax al 787-622-2434 o al 787-620-1336, acompañada de la siguiente información:

- Orden médica escrita incluyendo:
  - Nombre del afiliado
  - Número de contrato del afiliado
  - Fecha de emisión de la orden
  - Código del diagnóstico en ICD-10 y/o descripción
  - Código de servicio o procedimiento requerido
  - Nombre del proveedor que ordena el servicio
  - Número de teléfono del proveedor que ordena el servicio
  - Número de fax del proveedor que ordena el servicio
  - Firma, número de licencia y/o Identificador de Proveedor Nacional (NPI, por sus siglas en inglés)
- Información clínica o una declaración del médico que justifique la necesidad del servicio clínico; tal como:
  - Señales y síntomas
  - Estudios y resultados de los laboratorios previos o actuales relacionados o relevantes al diagnóstico y servicio
  - Tratamiento previo relacionado o relevante al diagnóstico
  - Consultas de especialistas y/o notas de progreso relacionado con el diagnóstico
  - Por favor note: Cambiar de PCP no afectará los servicios que usted recibe de especialistas y otros profesionales aliados de la salud que usted pueda utilizar.
  - Las guías clínicas utilizadas para las evaluaciones de solicitudes de preautorizaciones están disponibles a través de nuestra página web www.mcsclassicare.com

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

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos 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 de estar en nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos 3 años.
  - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, actualmente recibe atención de este o lo ha visitado en los últimos 3 meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que reciba atención continua.
- Si está recibiendo terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar con los tratamientos o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción a su disposición y las opciones que tenga para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor de la red o un beneficio no están disponibles o son inadecuados para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con el costo compartido de la red. Puede requerir preautorización.
- Si se entera de que su médico 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 de calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), un reclamo de calidad de la atención de nuestro plan, o ambas opciones (consulte el Capítulo 9).

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

Usted tiene que recibir todos sus servicios de cuidado a través de proveedores de nuestra red. En algunas circunstancias, usted puede obtener servicios de proveedores fuera de la red, por ejemplo, durante una emergencia. Hay circunstancias especiales donde usted puede obtener servicios de proveedores fuera de la red:

- Cuando reciba atención de emergencia o servicios de urgencia fuera del área de servicio (vea la Sección 3 en este capítulo).
- Cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y tiene que recibir servicios de diálisis renal (debe recibir el servicio en un centro de diálisis certificado de Medicare)
- Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y no hay proveedores en nuestra red que provean el servicio, usted puede obtenerlo de un proveedor fuera de la red. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si hubiese obtenido el cuidado de un proveedor de la red. Antes de buscar atención fuera de la red, usted debe:

- Asegurarse de que el proveedor es elegible para participar en Medicare. Si escoge un proveedor que no es elegible, usted será responsable del costo total del servicio;
- Obtener autorización del plan antes de recibir atención del proveedor fuera de la red;
- Asegurarse de que su Proveedor de cuidado primario coordine los servicios con MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) y el proveedor fuera de la red para obtener la autorización de los servicios.

Tenga en cuenta que: Los medicamentos de la Parte D no serán cubiertos si son recetados por médicos u otros proveedores que están excluidos de participar del programa Medicare o quienes no tengan un registro válido de exclusión voluntaria de Medicare.

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

Sección 3.1 Obtenga atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o condición que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **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 un referido de su PCP. No necesita usar un médico de la red. Podrá recibir asistencia médica de urgencia o de emergencia cubierta por el seguro cuando se encuentre temporalmente fuera de los Estados Unidos y sus territorios, a través del beneficio de Cobertura mundial. Para obtener más información sobre las normas del plan, consulte Atención de emergencia y servicios de urgencia de la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Puede llamar a nuestro Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

Los médicos que le brindan atención de emergencia determinarán en qué momento se estabiliza la condición y cuando 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 médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. Nuestro plan cubre su 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 condición y las circunstancias lo permitan.

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

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, podría acudir a la atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y encontrarse con que el médico le dice 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 médico haya determinado que no era una emergencia, cubriremos la atención médica adicional solo si la recibe de alguna de estas 2 formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional, o
- La atención adicional que recibe se considera atención de urgencia y usted sigue las normas descritas a continuación para obtenerla.

Sección 3.2 Obtenga atención cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de condiciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Si usted tiene una situación de urgencia, puede solicitar servicio con uno de los siguientes programas que forman parte de su cubierta:

- MCS medilíneaMD llamando al 1-833-275-6276 ó 1-844-981-1499 (TTY). MCS medilíneaMD es la plataforma de telemedicina para servicios de urgencias incluida en su cubierta. El beneficio le permite recibir servicios de urgencias sin necesidad de visitar una sala de emergencia o un centro de urgencias. El servicio de MCS medilíneaMD es ofrecido por médicos primarios 24 horas al día, los 7 días de la semana para atender a los afiliados a través de una llamada o videollamada. Para más información sobre este servicio, por favor refiérase al beneficio de Tecnologías de Acceso Remoto en el Capítulo 4.
- MCS Medilínea llamando al 1-866-727-6271. MCS Medilínea es un servicio telefónico gratuito de consultoría atendido por enfermeras graduadas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este personal de enfermería es respaldado por médicos y personal clínico especializado. Para más información sobre este servicio, por favor refiérase a nuestros Programas educativos para la salud y el bienestar en el Capítulo 4.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia a nivel mundial fuera de Estados Unidos y sus territorios en virtud de las siguientes circunstancias: cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos podrían ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que se agrava rápidamente. La cubierta mundial se administra a través de reembolso basado en las diferentes tablas de tarifas permitidas por nuestro plan, las cuales se aplican según el servicio recibido, menos el monto de costo compartido correspondiente.

Sección 3.3 Obtenga 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 médica a través de nuestro plan.

Visite www.mcsclassicare.com 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, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red al costo compartido de dentro de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, es posible que pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan de manera directa el costo total de los servicios cubiertos?

Si pagó más que el costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos

corresponde del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan, o servicios obtenidos fuera de la red sin autorización que no son servicios de emergencia o de urgencia, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos que pague por esos beneficios, cuyo límite sea alcanzado, no contarán para su máximo de bolsillo. Por ejemplo: si tiene un máximo de beneficio de $1,000 para servicios quiroprácticos durante un año de contrato y ha alcanzado el máximo del plan ($1,000), entonces, tendrá que pagar los próximos servicios quiroprácticos que quiera recibir. El costo total que pague por estos servicios adicionales no contará para su máximo de bolsillo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos 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 médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Mientras participa 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 de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no tiene que notificarnos ni obtener la aprobación de nosotros o de su proveedor de cuidado primario (PCP). No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a beneficios cubiertos que incluyen el requisito de un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura para el desarrollo de evidencias (National Coverage Determinations - Coverage

with Evidence Development, NCDs-CED) y estudios de excepción a los dispositivos de investigación (Investigational Device Exemption, IDE). Estos beneficios podrían estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

Aunque no es necesario que usted obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique por adelantado cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

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

- 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.

Después de que Medicare pague la parte que le corresponde del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pagos.

Ejemplo de cómo funciona el costo compartido en un ensayo clínico: Supongamos que, como parte del estudio de investigación, le hacen un análisis de laboratorio que cuesta $100. La parte que le corresponde de los costos de este análisis es $20 a través de Medicare Original, pero el análisis costaría $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por el análisis y usted pagaría los $20 de copago requeridos por Medicare Original. Luego notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, (como una factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto por el análisis es $10, que es el mismo monto que pagaría conforme a los beneficios de nuestro plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará el artículo nuevo o el servicio que se esté evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho artículo o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los artículos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas (Computed Tomography, CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su condición médica normalmente solo requiriese una tomografía computarizada.
- Los artículos y servicios que brindan los patrocinadores de la investigación son gratuitos para las personas en el ensayo.

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare titulada Medicare and Clinical Research Studies (Medicare y los estudios de investigación clínica), disponible en Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención para una condición que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas del miembro, cubrimos la 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 Cómo 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.
- Nuestro plan sólo cubre aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una condición que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada;
  - – y – usted debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro porque, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

La cobertura en este plan para la atención hospitalaria para pacientes internados es ilimitada. Consulte la Tabla de beneficios médicos (Lo que está cubierto y lo que usted paga) en el Capítulo 4 para obtener información adicional.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No adquirirá la propiedad de cierto 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 que los miembros los usen en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos de DME, como dispositivos protésicos. Otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de DME tienen posesión del equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. **Como miembro de MCS Classicare Primero (HMO C-SNP), usted no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan**. No tendrá la posesión, incluso si ha realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Medicare Original antes de ingresar a nuestro plan.

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

Si no obtuvo la propiedad del equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, 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 DME. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no se tienen en cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Medicare Original no se tienen en cuentan.

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo en propiedad el artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Medicare Original. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se vuelva a unir a Medicare Original. Cualquier pago que ya haya hecho (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no se toma en cuenta.

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

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) cubrirá lo siguiente:

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

Si se va de MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, entonces debe devolver el equipo de oxígeno.

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

Medicare Original requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del costo compartido por el oxígeno). Después de 5 años, puede optar por permanecer en la misma compañía o irse a otra compañía. En este punto, el ciclo de 5 años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une a nuestro plan o lo deja, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Entendiendo sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y detalla cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de MCS Classicare Primero (HMO C-SNP). Esta sección también ofrece información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites para ciertos servicios.

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

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

- **Copago** es un monto fijo que paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrar su comprobante de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor.

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Los planes Medicare Advantage tienen un límite en cuanto al monto total que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos (maximum out-of-pocket, MOOP). **Para el año calendario 2027 el monto MOOP es de $3,400.**

Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que usted paga por sus

medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. En adición, las cantidades que pague por algunos servicios no se tendrán en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos beneficios se marcan con el siguiente signo(†) en la Tabla de Beneficios médicos. Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de $3,400, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 No se les permite a los proveedores facturarle los saldos a usted

Como miembro de MCS Classicare Primero (HMO C-SNP), usted tiene una protección importante porque solo tiene que pagar el monto del costo compartido que le corresponde a usted cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no tienen permitido cobrarle cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación de saldos.** Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona la protección contra facturación de saldos:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
  - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso de nuestro plan (esto quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
  - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando usted tiene un referido o en el caso de servicios de urgencia o emergencias).
  - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando usted tiene un referido o en el caso de servicios de urgencia o emergencias fuera del área de servicio).
- Si considera que un proveedor le facturó el saldo, llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al (1-866-627-8182).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos le indica sus beneficios y costos médicos

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) cubre y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura para medicamentos de la Parte D está en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos 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 condición médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe brindar un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual el nuevo plan MA no puede requerir autorización previa para ningún curso activo de tratamiento, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que inició con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que se trate de una emergencia o una urgencia o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le haya dado un referido. Esto significa que usted paga al proveedor la totalidad de los servicios que usted recibe fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico u otros proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en cursiva en la Tabla de beneficios médicos.
- Si su plan de atención coordinada proporciona aprobación a una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida por la duración que corresponda a lo médicamente razonable y necesario con el fin de evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los requisitos de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor de tratamiento.

Otra información importante que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)*.

Puede consultarlo en línea en Medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o supervisa por una condición existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, un copago aplicará por la atención que recibió por la condición existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

- Si se encuentra en el período de 2 mes(es) de supuesta elegibilidad continua en nuestro plan, seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por el plan, y sus montos de costo compartido no cambian durante este período.

Información importante sobre beneficios para personas inscritas con condiciones crónicas

Si le diagnostica(n) alguna(s) de la(s) siguiente(s) condición (condiciones) crónica(s) que figuran abajo y usted cumple determinados criterios, usted podría ser elegible para beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.

- **Trastornos autoinmunes** (Poliarteritis nodosa; polimialgia reumática; polimiositis; artritis reumatoide; enfermedades reumatológicas; espondilopatías; lupus eritematoso sistémico; granulomatosis de Wegener)
- **Cáncer** (Excluye condiciones precancerosas o carcinoma in situ)
- **Trastornos cardiovasculares** (arritmias cardíacas; trastorno tromboembólico venoso crónico; enfermedad coronaria; infarto de miocardio; enfermedad vascular periférica; enfermedad valvular cardíaca)
- **Enfermedad cerebrovascular**
- **Trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD)** (trastorno por consumo crónico de alcohol; dependencia a la nicotina; trastornos por consumo de sustancias)
- **Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes** (trastornos bipolares; trastornos bipolares y esquizofrenia; trastornos depresivos mayores; trastorno del espectro autista moderado a severo; trastornos de la personalidad y del comportamiento; trastorno esquizoafectivo; esquizofrenia; discapacidad intelectual severa)
- **Anemia crónica**
- **Condiciones crónicas que afectan a la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato** (albinismo; ceguera y baja visión; pérdida auditiva)
- **Enfermedades gastrointestinales crónicas** (gastritis crónica; enfermedad hepática crónica; hepatitis viral crónica; cirrosis; enfermedad de Crohn; enfermedades del estómago y del duodeno; trastornos de la vesícula biliar, vías biliares y páncreas; trastornos intestinales;

enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE); úlceras gastrointestinales; insuficiencia hepática; fibrosis hepática; colitis ulcerosa)
- **Insuficiencia cardíaca crónica**
- **Enfermedad renal crónica (Chronic Kidney Disease, CKD)**
- **Trastornos pulmonares crónicos** (asma; bronquitis crónica; enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD); enfisema; neumoconiosis; fibrosis pulmonar; hipertensión pulmonar)
- **Condiciones asociadas al deterioro cognitivo** (trastornos del desarrollo; discapacidad intelectual; trastornos neurocognitivos; trastornos neurológicos)
- **Condiciones que requieren servicios terapéuticos continuados para que las personas puedan mantener o conservar su capacidad funcional** (trastornos motores)
- **Condiciones que conllevan dificultades funcionales** (trastornos congénitos/genéticos; trastornos musculares; trastornos neuromusculares; trastornos psicológicos y del comportamiento)
- **Demencia** (enfermedad de Alzheimer; demencia)
- **Diabetes mellitus**
- **VIH/SIDA**
- **Hipertensión crónica** (hipertensión)
- **Trastornos de inmunodeficiencia e inmunosupresión** (trastornos que afectan el mecanismo inmunológico; trastornos de inmunodeficiencia; sarcoidosis)
- **Trastornos neurológicos** (esclerosis lateral amiotrófica (ELA); epilepsia; parálisis extensa; enfermedad de Huntington; esclerosis múltiple; trastornos mioneurales; enfermedades neurodegenerativas; enfermedad de Parkinson; polineuropatía; estenosis espinal; déficit neurológico relacionado con accidente cerebrovascular)
- **Úlcera crónica no relacionada con la presión**
- **Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico** (caquexia; obesidad)
- **Postrasplante de órgano** (estado /complicaciones)
- **Trastornos hematológicos graves** (anemia aplásica; hemofilia; púrpura trombocitopénica inmunitaria; síndrome mielodisplásico; anemia de células falciformes)
- **Accidente cerebrovascular**
- **Malnutrición crónica**

¿Quiénes son elegibles para los beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés)?

Los beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) están disponibles únicamente para los afiliados elegibles que el plan determine que padecen una enfermedad crónica y para quienes exista una expectativa razonable de que el beneficio mejore o mantenga su salud o su funcionamiento general.

Para cualificar a los SSBCI , usted debe:

- Cumplir con la definición de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) de afiliado con enfermedad crónica, según lo determine el plan utilizando criterios objetivos; y
- Ser determinado por el plan como una persona para quien exista una expectativa razonable de que el beneficio mejore o mantenga su salud o su funcionamiento general.

Tener una de las condiciones mencionadas anteriormente no lo califica automáticamente para recibir SSBCI. Debe cumplir con todos los criterios de elegibilidad aplicables descritos a continuación.

Para propósitos de determinar la elegibilidad a los beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI), se considera que un afiliado con enfermedad crónica es aquella persona que:

- Tiene una o más condiciones de salud graves y continuas que ponen en riesgo su vida o afectan significativamente su salud general o su capacidad para realizar actividades diarias, y
- Tiene condiciones de salud que lo clasifican con alto riesgo de hospitalización u otros problemas de salud graves, y
- Requiere una coordinación de cuidado intensivo.

¿Cómo determinamos la elegibilidad para los beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)?

Determinamos su elegibilidad mediante procesos aprobados por el plan utilizando información objetiva. Esta determinación puede basarse en información obtenida a través de evaluaciones de riesgos de salud, evaluaciones de manejo de cuidado, documentación o recomendaciones de proveedores, información de reclamaciones y otras fuentes objetivas aprobadas por el plan. Su propia declaración por sí sola no es suficiente para establecer su elegibilidad. Para continuar siendo elegible para estos beneficios, debe permanecer afiliado al plan y cumplir con todos los criterios de elegibilidad aplicables.

- Para obtener más detalles, vaya a la fila titulada *Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* en la Tabla de beneficios médicos a continuación.
- Contáctenos para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
NOTAS: • *El costo compartido se basa en el servicio recibido y en el lugar donde se realiza. Puede aplicarse un costo compartido adicional cuando se prestan otros servicios.* • † = *El costo compartido no se tiene en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Consulte la Sección 1.2 de este capítulo.* • *Leyenda de la columna titulada:* ***"Lo que usted paga"****: $ (copago), % (coseguro). Consulte el Capítulo 12 (Definiciones de palabras importantes).*	
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe un referido de parte de su médico, asistente médico (Physician Assistant, PA), enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP) o especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos: • Dura 12 semanas o más • No es específico, en el sentido 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 8 sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se podrían administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.	$0 copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda - continuación El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. **Requisitos del proveedor:** Los médicos podrían brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (Physician Assistants, PA), enfermeros con práctica médica (Nurse Practitioners, NP) / especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • una maestría o doctorado en Acupuntura o en 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 vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones.	
Servicios de acupuntura adicionales	
Servicios adicionales de Acupuntura – sin necesidad de un diagnóstico – están limitados a 6 visita(s) cada año. Estos servicios deben ser ofrecidos por proveedores de la red. Pueden aplicar reglas y limitaciones. Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	$0 de copago †

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya condición es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	$0 de copago por cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare. $0 de copago por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
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 los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de *Bienvenido a Medicare* 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 visita anual de bienestar.
Medición de la masa ósea Para las personas calificadas (en general, son quienes corren riesgo de perder masa ósea o de presentar osteoporosis), los siguientes servicios se cubren una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)	
Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía de referencia entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca	
Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones y tienen una orden del médico. Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de las siguientes condiciones: • Infarto en los últimos 12 meses • Cirugía de las arterias coronarias • Angina de pecho estable (dolor en el pecho) • Reparación o reemplazo de válvula cardíaca • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico para abrir una arteria obstruida) o colocación de stent coronario (un procedimiento para mantener una arteria abierta) • Trasplante de corazón o de corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de la cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede recibir 2 sesiones al día (de 1 hora cada una), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si cumple con los requisitos, podría recibir 36 sesiones adicionales, distribuidas en un período de tiempo más prolongado.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación cardíaca - continuación Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
Pruebas 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 requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres • Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si 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	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de quiropráctica	
Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación vertebral	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Atención quiropráctica de rutina Se limita a 6 visita(s) de rutina no-cubiertas por Medicare cada año (para otros diagnósticos no cubiertos por Medicare). Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	$0 de copago †
Prueba de detección de cáncer colorrectal	
Están cubiertas las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para pacientes que tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubre una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente se hiciera una	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico. 10% se aplica el coseguro.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer colorrectal - continuación colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección planificada, que implican la remoción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado con relación a la prueba de detección, como resultado de esta, y en la misma consulta clínica.	
Servicios dentales La Parte A de Medicare cubrirá determinados servicios dentales que reciba un beneficiario durante su hospitalización. Medicare puede cubrir los gastos de hospitalización si un beneficiario necesita someterse a una intervención dental compleja o de emergencia. En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga los servicios	$0 por beneficios dentales cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales - continuación	
dentales en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas como preparación para el tratamiento de radioterapia para el cáncer de mandíbula, o exámenes orales previos a un trasplante de un órgano. Además, cubrimos lo siguiente:	
Exámenes Orales† • Una (1) evaluación oral comprensiva inicial por proveedor cada treinta y seis (36) meses hasta dos (2) por año póliza con diferente proveedor y diferente oficina dental. • Una (1) evaluación oral periódica cada seis (6) meses. • Una (1) evaluación oral detallada y extensa - centrada en el problema, una (1) por año póliza. Limitado al cirujano oral y maxilofacial. • Evaluación periodontal comprensiva, una (1) por año póliza. Limitado al periodoncista. • Evaluación oral limitada - centrada en el problema (Evaluación oral de emergencia) una (1) cada seis (6) meses. Para endodoncistas, aplica una evaluación cuando sea médicamente necesario.	$0 de copago para visita de oficina para Exámenes Orales, Rayos X Dentales, Otros Servicios Dentales de Diagnóstico, Profilaxis (Limpiezas), Tratamiento con Fluoruro y Otros Servicios Dentales Preventivos no cubiertos por Medicare (siempre y cuando sean cubiertos por el plan).
Rayos X Dentales† • Una (1) serie completa (full mouth) o panorámica cada tres (3) años. Si en el historial del paciente existe evidencia de servicios similares es probable que tenga límite por tiempo. Este beneficio no aplica si hay seis (6) imágenes radiográficas periapicales intraorales en un periodo de un (1) año. • Seis (6) imágenes radiográficas periapicales intraorales por año póliza. Este beneficio será limitado si ya se ha	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
beneficiado de una serie completa intraoral de imágenes radiográficas periapicales o una (1) imagen radiográfica panorámica extraoral. • Un (1) set de imágenes radiográficas de mordida por año póliza. • Tomografía computarizada (TC) dental de haz cónico de ambos arcos, cuando sea médicamente necesario, con vistas que incluyan o no el cráneo, una (1) por año póliza. **Otros Servicios Dentales de Diagnóstico†** • Una (1) prueba de vitalidad de la pulpa por visita, sin tomar en consideración el número de dientes evaluados. Se considerará una prueba de vitalidad cada seis (6) meses, de ser necesario. En el caso de los endodoncistas, aplica hasta cuatro (4) pruebas de vitalidad de la pulpa por visita. **Profilaxis (Limpiezas)†** • Una (1) limpieza oral cada seis (6) meses. **Tratamiento con Fluoruro†** • Aplicación tópica de fluoruro, excluyendo barniz, cada seis (6) meses. Este servicio aplica para pacientes hasta que cumplan 19 años de edad.	
Otros Servicios Dentales Preventivos† • Sellante de fisura por diente. Este beneficio está limitado a uno (1) por diente de por vida en posteriores permanentes no restaurados, para pacientes de hasta 14 años de edad; solo en superficies oclusales. Estas piezas no pueden haber sido restauradas. Se cubrirán los molares deciduos hasta los 8 años de edad cuando sea médicamente necesario debido a tendencia a caries. Si una restauración se coloca en el mismo diente en menos de seis (6) meses, el sellante se considerará parte del beneficio restaurativo para ese	No aplica un máximo de cubierta para servicios preventivos y diagnósticos.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
diente. Para el dentista, esto se considera como parte de la misma tarifa del diente restaurado. • Mantenedores de espacio, fijos o removibles, unilaterales o bilaterales (maxilar o mandibular); limitado a uno (1) por arco o por área de por vida para el reemplazo de molares deciduos. • Recementar o readherir mantenedores de espacio; limitado a uno (1) de por vida por mantenedor.	
Servicios Restaurativos† **Servicios Restaurativos Menores**† • Restauraciones en amalgama o resina compuesta en dientes primarios y permanentes, estarán cubiertos cada veinticuatro (24) meses por diente. Si el dentista necesita rehacer una restauración previa y añadir una superficie, solamente la superficie añadida será cubierta. Las superficies previamente cubiertas serán responsabilidad del paciente. • Colocación de restauración directa provisional para dientes con caries profundas está limitado a uno (1) por diente de por vida. • Retención de pines está limitado a un (1) tratamiento por diente cada veinticuatro (24) meses, en adición a la restauración. • Reconstrucción de muñón, incluyendo pines, cuando sea necesario, está limitado a uno (1) por diente cada cinco (5) años. • Poste y muñón, además de la corona está limitado a uno (1) por diente de por vida.	$0 de copago por servicios restaurativos, endodoncia, periodoncia, prótesis removibles, servicios de implantes, prótesis fijas, cirugía oral y maxilofacial y servicios generales complementarios. $3,000 cada año – límite de cubierta del plan para servicios restaurativos, endodoncia, periodoncia, prótesis removibles, servicios de implantes, prótesis fijas, cirugía oral y maxilofacial y servicios generales complementarios no cubiertos por Medicare (pero cubiertos por el plan).

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios Restaurativos Mayores: **Coronas†** Los beneficios de coronas individuales están limitados. Si el tratamiento falla y/o se requiere una nueva opción de plan de tratamiento que involucre el diente ya beneficiado, la cobertura total del nuevo tratamiento del diente beneficiado será responsabilidad del paciente. Si un diente con corona necesita reemplazo, no tendrá ningún beneficio de prótesis fijas, removibles o implantes, por cinco (5) años luego de la cementación. El diente debe de estar periodontalmente saludable, restaurable y libre de lesiones endodontales. No están cubiertas las coronas ferulizadas, ni coronas fabricadas para consideraciones cosméticas o para corregir anomalías congénitas. *Todas las coronas sobre dientes naturales están limitadas a una (1) por diente cada cinco (5) años. Recementar o readherir coronas está limitado a una (1) por diente de por vida, luego de transcurrir seis (6) meses de la cementación inicial. **Coronas – restauraciones individuales solamente†** • Corona de porcelana/cerámica; • Corona de porcelana/metal; • Corona de metal; • Corona de acero inoxidable. **Coronas individuales de implantes†** • Coronas individuales, de implantes apoyadas en soporte o apoyadas directamente sobre el implante (todo metal o porcelana fundida sobre metal noble o metal noble alto o porcelana); están cubiertas una (1) por diente de por vida.	Una vez agotado el máximo anual, los cargos restantes son responsabilidad del miembro. Antes de solicitar o recibir sus servicios dentales, por favor comuníquese con Servicios para los miembros para validar su balance restante disponible para sus servicios dentales cubiertos.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
*Las coronas relacionadas con implantes están limitadas a una (1) por diente de por vida. Se cubrirán hasta un máximo de tres (3) coronas sobre implantes por afiliado por año póliza. Recementar o readherir coronas está limitado a una (1) por diente de por vida, luego de transcurrir seis (6) meses de la cementación inicial. Si un diente con corona implantosoportada necesita reemplazo, no tendrá ningún beneficio de prótesis fijas o implantes por cinco (5) años luego de la cementación. Si falla y/o es requerida una nueva opción de plan de tratamiento que involucra la corona implantosoportada que ya fue beneficiada, la cobertura total del nuevo tratamiento será responsabilidad del paciente.	
Servicios Endodónticos †	
• Terapia endodóntica (tratamiento de canal) en todos los dientes permanentes está limitado a uno (1) por diente de por vida por cada servicio.	
• Pulpotomía está limitada a uno (1) por diente de por vida.	
• El debridamiento pulpar está limitado a uno (1) por diente de por vida.	
• Recubrimiento pulpar directo o indirecto está limitado a uno (1) por diente de por vida.	
• Retratamiento endodóntico para dientes previamente tratados endodónticamente que tengan síntomas o presenten una radiolucencia periapical está limitado a uno (1) por diente de por vida. Limitado a endodoncistas.	
• Apicectomía (en dientes anteriores, premolares y molares) – y sellado retrógrado, uno (1) por raíz por diente - limitado a uno (1) de por vida. Limitado a endodoncistas y cirujanos maxilofaciales.	
• Apexificación/recalcificación, tres (3) visitas - limitado a uno (1) por diente de por vida. Limitado a endodoncistas y cirujanos maxilofaciales.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Amputación de raíz – limitado a una (1) raíz molar de por vida. Limitado a endodoncistas, periodoncistas y cirujanos maxilofaciales. • Hemisección para dientes molares, una (1) de por vida. Limitado a endodoncistas, periodoncistas y cirujanos maxilofaciales.	
Servicios de Periodoncia †	
• Gingivectomía o gingivoplastía está limitado a uno (1) por cuadrante cada veinticuatro (24) meses solo para hiperplasia gingival con pérdida mínima de hueso. • Alisado radicular y curetaje está limitado a uno (1) por cuadrante cada veinticuatro (24) meses. • Limpieza gruesa de toda la boca que permita una evaluación comprensiva y la formulación de un diagnóstico está limitado a uno (1) de por vida. • Procedimiento de colgajo gingival está limitado a uno (1) cada tres (3) años por cuadrante. Limitado al periodoncista. Limitado si ya se ha beneficiado por cirugía ósea. • Alargado clínico de corona – tejido duro está limitado a uno (1) por diente de por vida y a uno (1) de estos procedimientos por cuadrante cada doce (12) meses. • Cirugía ósea por cuadrante está limitada a uno (1) de estos procedimientos por cuadrante cada tres (3) años. Limitado al periodoncista. Limitado si ya se ha beneficiado por colgajo gingival. • Injerto de sustitución ósea, diente natural retenido, primer sitio en el cuadrante, está limitado a uno (1) por cuadrante cada tres (3) años. No se debe reportar para un espacio edéntulo o para un área de extracción. Solamente para dientes naturales existentes. Limitado al periodoncista. • Injerto de sustitución ósea, diente natural retenido, cada sitio adicional en el cuadrante, está limitado a uno (1) cada	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
tres (3) años. No se debe reportar para un espacio edéntulo o para un área de extracción. Solamente para dientes naturales existentes. Limitado al periodoncista. • Procedimiento de injerto de tejido blando limitado a uno (1) por cuadrante cada tres (3) años. Limitado al periodoncista. • Mantenimiento periodontal está limitado a uno (1) cada seis (6) meses después de tratamiento periodontal y limitado si se ha beneficiado de una limpieza oral. Limitado al periodoncista. • Colgajo posicionado apicalmente limitado a uno (1) por cuadrante por vida.	
Servicios de Prostodoncia† Aplica una sola categoría entre las siguientes opciones: prótesis removibles o fijas sobre dientes naturales, prótesis removibles o fijas implantosoportadas, incluyendo todos sus componentes según las recomendaciones de su dentista y de acuerdo con las reglas y limitaciones de su cubierta. Limitado a una (1) prótesis por arco (maxilar y/o mandibular) cada cinco (5) años y limitado por alguna otra prótesis fija o removible beneficiada en historial dental. Todos los servicios de prostodoncia requieren un período de adaptación. Los beneficios de prostodoncia incluyen ajustes, según sea necesario, durante los primeros seis (6) meses. El paciente es responsable de comunicarse con el proveedor dental para una evaluación si siente molestias. Si el tratamiento de prótesis falla y/o se solicita un cambio al tratamiento inicial o una alternativa de tratamiento diferente que involucre el diente o arco ya beneficiado es requerido, la cobertura del nuevo tratamiento o del cambio del tratamiento inicial, ambos serán responsabilidad del paciente en su totalidad. Retenedores y pónticos para puente fijo sobre implante apoyados en soporte o apoyados directamente sobre el implante serán cubiertos uno (1) por diente de por vida, incluyendo todo metal o	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
porcelana fundida a metal noble o metal altamente noble o porcelana. Se cubrirán solamente pónticos que reemplazan dientes naturales que existían en el espacio edéntulo, uno (1) por diente de por vida. En caso de que uno de los componentes de un puente fijo requiera ser sustituido por implante, corona, o puente removible, el paciente no tendrá el beneficio hasta pasado cinco (5) años de su cementación.	
Prostodoncia Removible† Los servicios prostéticos a continuación están cubiertos de acuerdo con el estándar de cuidado establecido por la Asociación Dental Americana (ADA, American Dental Association, por sus siglas en inglés) y con evidencia radiográfica. Limitado a una (1) prótesis removible por arco (maxilar y/o mandibular) cada cinco (5) años y limitado por alguna otra prótesis fija o removible beneficiada en historial dental. Las restauraciones de prótesis removible implantosoportadas están limitadas hasta un máximo de tres (3) implantes, con accesorio de semiprecisión, por afiliado por año póliza. Las prótesis removibles (maxilares y mandibulares) están limitadas entre sí y otras restauraciones prostéticas (prótesis fijas sobre dientes naturales, prótesis fijas implantosoportadas, prótesis removibles implantosoportadas, incluyendo todos sus componentes) también limitarán el beneficio. • Dentaduras completas removibles. • Dentaduras completas inmediatas removibles. • Dentaduras parciales removibles, base acrílica o metálica. • Dentadura parcial unilateral removible (resina, metal y base flexible). • Dentaduras parciales removibles flexibles. Los ajustes, reemplazos y reparaciones no están cubiertos para dentaduras parciales flexibles.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Dentaduras completas y parciales removibles sobre implantes. Las reparaciones y ajustes de dentaduras completas mandibulares o maxilares, dentaduras parciales maxilares o mandibulares, están cubiertas a un (1) ajuste y dos (2) reparaciones por año luego de los seis (6) meses de la entrega inicial, si fuera necesario. Los rebasados y revestimientos, al igual que el acondicionamiento de tejido, están limitados a uno (1) cada cinco (5) años. **Prostodoncia Fija†** Los servicios prostéticos a continuación están cubiertos de acuerdo con el estándar de cuidado establecido por la Asociación Dental Americana (ADA, American Dental Association, por sus siglas en inglés) y con evidencia radiográfica. Limitado a una (1) prótesis por arco (maxilar y/o mandibular) cada cinco (5) años y limitado por alguna otra prótesis fija o removible beneficiada en historial dental. Puente fijo limitado a uno (1) por diente de por vida, según detallado. Las restauraciones de prótesis fijas relacionadas con implantes están limitadas hasta un máximo de tres (3) retenedores por afiliado por año póliza. • Póntico (metales) (dientes a reemplazar). • Póntico de porcelana fundido sobre metal (dientes a reemplazar). • Póntico de porcelana/cerámica (dientes a reemplazar). • Corona de retenedor, porcelana fundida a metal, apoyadas en soporte o apoyadas directamente sobre el implante. • Corona de retenedor, porcelana/cerámica, apoyadas en soporte o apoyadas directamente sobre el implante. • Corona de retenedor, metal, apoyadas en soporte o apoyadas directamente sobre el implante. • Recementación o readhesión de prótesis fija está limitado a uno (1) por diente de por vida y cubierto luego de los seis (6) meses de la cementación original.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Un diente natural, con historial de corona, no podrá ser utilizado como pilar para puente fijo hasta después de cinco (5) años luego de la cementación de la corona.	
Servicios de Implante† Los servicios a continuación están cubiertos de acuerdo con el estándar de cuidado establecido por la Asociación Dental Americana (ADA, American Dental Association, por sus siglas en inglés) y con evidencia radiográfica. La cirugía de implante está limitada a uno (1) por diente de por vida. Se cubrirán hasta un máximo de tres (3) implantes (tres (3) dientes) por afiliado por año póliza. Solo se cubrirán implantes en dientes específicos que no se han beneficiado de prótesis fijas, prótesis removibles o coronas en cinco (5) años previos. • Cirugía de implante endóseo para el reemplazo de dientes está cubierta una (1), por diente de por vida. • Soporte de implante prefabricado o hecho a la medida se cubre uno (1) por diente de por vida. Las estructuras de soporte de semi precisión para prótesis removibles sobre implantes se cubre uno (1) por diente de por vida, hasta un máximo de tres (3) estructuras de soporte por afiliado por año póliza. Si el implante falla y/o se requiere una nueva opción de tratamiento que involucra el implante ya beneficiado; la cobertura total del nuevo tratamiento y la remoción del implante será responsabilidad del paciente. Estos servicios solo pueden ser ofrecidos por un proveedor certificado. Los implantes deben tener el sello de la FDA e	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
identificación de aprobación. Estos servicios están cubiertos de acuerdo con las reglas y limitaciones del contrato. Los mini implantes o cualquier restauración asociada con mini-implantes no serán cubiertos.	
Cirugía Oral y Maxilofacial† Los servicios de cirugía oral cubiertos son los siguientes: • Remoción de restos coronales, dientes erupcionados, raíces expuestas y extracciones quirúrgicas están limitadas a una (1) por diente de por vida. • Remoción de dientes impactados (tejido o hueso) está limitado a uno (1) por diente de por vida. • Remoción de raíces dentales residuales está limitado a uno (1) por diente de por vida. • Incisión y drenaje de absceso en tejido blando está limitado a uno (1) por cuadrante por año póliza. • Remoción de exostosis (mandibular o maxilar), remoción de toro palatino o toro mandibular está limitado a uno (1) por arco cada cinco (5) años. • Frenectomía está limitada a una (1) por arco de por vida. • Cierre de fístula oroantral limitado por exposición.	
Otras Cirugías Orales y Maxilofaciales, limitadas a cirujanos orales y maxilofaciales† • Cierre primario de perforación del seno maxilar. Limitado por exposición. • Reimplantación o estabilización de diente desplazado o avulsado causado por un accidente. Limitado a uno (1) por diente por vida.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Exposición quirúrgica de diente no erupcionado; limitado a uno (1) por diente de por vida. • Biopsia incisional de tejido oral (blando y duro); limitado a una (1) por lesión. • Reposicionamiento quirúrgico de diente limitado a uno (1) por diente por vida. • Alveoloplastia en conjunto con extracciones; limitado a uno (1) por arco de por vida. • Alveoloplastia no en conjunto con extracciones; limitado a uno (1) por cuadrante de por vida. • Vestibuloplastia limitado a una (1) por arco por vida. • Remoción de diente completamente impactado en hueso con complicación quirúrgica inusual uno (1) por diente por vida. • Excisión de tejido hiperplásico, por arco; limitado a una (1) de por vida. • Excisión de gingiva pericoronal; limitado a una (1) por diente de por vida.	
Servicios Generales Complementarios †	
• Tratamiento paliativo para tratar dolor – procedimiento menor está limitado a uno (1) cada doce (12) meses. • Sedación profunda o moderada está cubierta para servicios de extracciones y remoción de dientes impactados, cuando sea realizado en la oficina dental. Se cubre los primeros quince (15) minutos y un solo incremento adicional de quince (15) minutos para un máximo de treinta (30) minutos. Cubierto solo para extracciones u otros servicios cubiertos con justificación médica. Limitado al cirujano oral y maxilofacial y odontopediatra.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
• Visitas a hospitales o a centros de cirugía ambulatoria para tratamiento dental. No está cubierto para cirujano oral y maxilofacial. • Ajustes oclusales limitados o completos. Cubiertos solo a los pacientes activos en tratamiento periodontal.	
Reglas Generales: Los procedimientos dentales que no están mencionados en este documento se consideran no cubiertos. Solo se cubrirá el tratamiento justificado y cubierto por el plan. NOTA: Si su plan no tiene opción de Punto de Servicio, los servicios dentales no estarán cubiertos a proveedores fuera de la red. Los siguientes servicios se consideran exclusiones generales y deberán aplicarse a todos los casos, a menos que MCS indique lo contrario por escrito y por razones del diseño de la cubierta de algún grupo en particular: 1. Servicios provistos con fines estéticos. 2. Servicios provistos para corregir una dimensión vertical u oclusión. 3. No se cubren coronas para ferulizar dientes con problemas periodontales. Tampoco se cubren las coronas ferulizadas en ningún escenario clínico ni cosmético. 4. No están cubiertas las coronas fabricadas para consideraciones cosméticas o para corregir anomalías congénitas. 5. Reconstrucciones totales maxilares o mandibulares. 6. Puentes fijos a la misma vez que puente parcial en el mismo arco para reemplazar dientes en áreas posteriores, se considera el puente parcial solamente.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
7. Servicios relacionados al Síndrome de la Articulación Temporomandibular (TMJ). 8. Reemplazos de restauraciones menores (resinas y amalgamas), así como restauraciones mayores (coronas, prótesis removibles y/o fijas e implantes) debido a razones de alergia. 9. Reemplazo de prótesis perdidas. 10. Cierre de diastemas por razones estéticas. 11. Cualquier otro servicio no incluido de forma expresa en la cubierta del afiliado. 12. Tratamientos dentales que se consideren experimentales o que no se consideren parte del estándar de cuidado según establecido por las asociaciones profesionales nacionales. 13. Apoyo combinado para puentes fijos de dientes naturales con implantes. 14. Los cargos por concepto de equipos de protección y de bandejas no son cubiertos ni pagados por el plan médico, ni aplican para reembolso. 15. Puentes con pónticos posteriores cantiléver no están cubiertos. *Algunos servicios pueden requerir autorización previa; comuníquese con el plan para detalles.* *Si tiene preguntas, consulte a su profesional de salud dental o llame a nuestro plan.*	
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de	No hay coseguro, copago ni deducible por una visita para

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de depresión - continuación	
atención primaria que pueda brindar referidos y/o tratamiento de seguimiento.	una prueba de detección de depresión anual.
Prueba de detección de diabetes	
Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad, o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Es posible que usted sea elegible para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requieren coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos	
Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no), los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para monitorear 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. Nuestro plan cubre los medidores de glucosa en sangre y las tiras reactivas que están en la lista de productos preferidos del plan y que se obtienen a través de proveedores participantes. La cubierta para marcas o fabricantes no preferidos puede estar disponible si el proveedor que le receta determina que son médicamente apropiados. Si actualmente utiliza un medidor de glucosa o tiras reactivas cubiertos que ya no se consideran preferidos bajo el plan, usted podría mantener	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos - continuación	
su cubierta durante un periodo de transición limitado. Durante este periodo, usted debe consultar con su proveedor que le receta para determinar el producto más adecuado según sus necesidades médicas. Si usted no está de acuerdo con la recomendación del proveedor que le receta, usted puede solicitar una segunda opinión.	
• Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares adicionales de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida) incluye ajuste.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
• La capacitación para el autocontrol de la diabetes en determinadas situaciones	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Suministros para la diabetes y servicios se limitan a fabricantes específicos. Comuníquese con el plan para obtener más información.	
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados	
(Para una definición de “equipo médico duradero” (Durable Medical Equipment, DME), consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados - continuación	
generación de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.	
Con este documento de *Evidencia de cobertura*, le enviamos la lista de DME de MCS Classicare Primero (HMO C-SNP). La lista indica las marcas y los fabricantes de DME que cubriremos. También puede acceder a esta lista más actualizada de marcas, fabricantes y proveedores en nuestro sitio web www.mcsclassicare.com. Generalmente, MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) cubre cualquier DME cubierto por Medicare Original de las marcas y los fabricantes que se encuentran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Si usted es un miembro nuevo de MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos con la cobertura de esta marca durante un máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada en su caso después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo refiera para una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su condición médica. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9.)	Su costo compartido para la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es $0, cada mes. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en MCS Classicare Primero (HMO C-SNP). Si antes de inscribirse en MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) pagó 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) es $0.
Cuidado de emergencia	
La atención de emergencia hace referencia a los servicios que: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición de emergencia	$40 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. El copago no se aplica si lo internan en un hospital dentro de 24 horas. Si recibe atención de emergencia en un hospital

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Cuidado de emergencia - continuación	
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 de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos podrían ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso, o una condición médica que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que cuando usted obtiene estos servicios dentro de la red.	fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su condición de emergencia se haya estabilizado, debe ir a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención.
Cubierta Mundial (Fuera de la red) La cubierta mundial incluye atención de emergencia y servicicos de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. La cobertura se administra a través de reembolso basado en las diferentes tarifas permitidas por nuestro plan, las cuales se aplican según el servicio recibido, menos el monto de costo compartido correspondiente. Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	$75 de copago † El copago no se aplica si lo internan en un hospital.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Reflexología podal Existen alternativas disponibles para el manejo del dolor, libre de medicamentos, de ser médicamente necesarias. Usted puede encontrar alivio con la reflexología podal. Esta terapia estimula los nervios con el fin de que los síntomas de dolor cesen de extenderse a otras partes del cuerpo. Los servicios de reflexología podal se limitan a 6 visitas al año. Estos servicios deben ser ordenados por un médico o un profesional de la salud y deben ser ofrecidos por proveedores de la red. El afiliado es responsable de las visitas adicionales y estas son pagaderas de acuerdo con las tarifas ordinarias en el área del cuidado de la salud. **No aplican reembolsos. Pueden aplicar reglas y limitaciones. Para información, contacte con el plan.**	$0 de copago.[†]
Programas educativos sobre salud y bienestar Como parte del compromiso de MCS Advantage, Inc. con la salud y el bienestar de nuestros miembros, hemos desarrollado diversas iniciativas educativas y diseñado programas de bienestar innovadores que tienen en cuenta las necesidades de la membresía para alcanzar un estado de salud óptimo. Estos programas de bienestar ofrecen una variedad de experiencias que favorecen su salud social, emocional, intelectual y física, con el fin de satisfacer las expectativas de lo que debe ofrecer un plan de salud completo.	
Programa de Bienvenida Saludable • Una vez que se haya inscrito, recibirá una llamada para ayudarle a programar su primera cita de evaluación completa de salud con su médico.	$0 de copago[†]

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Programas educativos sobre salud y bienestar - continuación • Este servicio nos permite ofrecerle la atención continua y preventiva que necesita, de acuerdo con su historial médico. • MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) le ayudará a establecer una relación eficaz con su médico y a participar más activamente en las decisiones sobre su atención médica.	
Educación sobre la salud A través de nuestras iniciativas de educación sobre la salud, podrá disfrutar de una variedad de experiencias que le ayudarán a cuidar su salud y su bienestar. Le ofrecemos actividades (tanto en línea como presenciales) que fomentan la salud social, emocional, intelectual y física. Estas incluyen: • Charlas sobre salud: Incluyen temas relacionados con el manejo de condiciones de salud, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y las condiciones respiratorias, entre otras. Asimismo, la promoción de un estilo de vida saludable, el control del estrés, la nutrición, la actividad física, la atención preventiva y la salud mental, entre otros aspectos. • Recordatorios preventivos: Fomentar acciones saludables que conduzcan al bienestar y prevenir determinadas condiciones de salud mediante la detección temprana y/o el tratamiento. Entre los temas tratados se incluyen las pruebas de atención preventiva, adherencia del tratamiento, el consumo y el abuso de alcohol y drogas, y la salud emocional y mental, entre otros. • Intervenciones de apoyo: Diferentes talleres para fomentar su bienestar y mejorar su calidad de vida desde un enfoque holístico. Entre los temas tratados se incluyen la educación financiera, la jardinería, las artes y la motivación, entre	$0 de copago †

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Programas educativos sobre salud y bienestar - continuación otros. • Talleres tecnológicos: Como parte de nuestro programa de bienestar, ofrecemos talleres tecnológicos destinados a fomentar el uso de la tecnología en beneficio de su salud y como parte de su atención médica. Entre los temas tratados se incluyen el uso de dispositivos electrónicos, cómo navegar por internet de forma segura, la descarga de aplicaciones, la telemedicina y otros. • Programa de ejercicios: Este beneficio le permite participar en sesiones de ejercicio impartidas por instructores de acondicionamiento físico certificados y otros profesionales de la salud, en las que aprenderá conceptos y técnicas destinados a ayudarle a mantener un estilo de vida activo. Podrá participar en sesiones de ejercicio que se llevan a cabo en distintos lugares de la isla.	
MCS Medilínea • Se trata de un servicio telefónico de asesoramiento de salud atendido por enfermeros graduados las 24 horas, los siete (7) días de la semana. Este equipo de enfermería, con el apoyo de médicos y personal clínico especializado, ofrece ayuda práctica y orientación sobre condiciones comunes, medicamentos y sus posibles efectos secundarios, y resultados de análisis, entre otros. • Siempre que se sienta mal y no sepa qué debe hacer, o si tiene alguna duda sobre el uso de un medicamento, comuníquese con MCS Medilínea, disponible las 24 horas, los siete (7) días de la semana. • Para comunicarse con MCS Medilínea, por favor llame al 1-866-727-6271.	$0 de copago †
MCS En Alerta	$0 de copago †

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Programas educativos sobre salud y bienestar - continuación • A través de MCS En Alerta, promovemos la prevención ofreciendo información valiosa, consejos útiles y contenidos educativos para ayudarle a mantenerse preparado y protegerse frente a posibles fenómenos naturales, como huracanes, terremotos, inundaciones e incendios, entre otros. Para obtener más información sobre cualquiera de nuestros programas de salud y bienestar, llame a Servicios para los miembros.	
Servicios de audición	
Las evaluaciones auditivas y de equilibrio con fines de diagnóstico que realiza su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes externos cuando usted las recibe de parte de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Evaluaciones auditivas adicionales de rutina Se limita a 1 visita(s) cada año Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	$0 de copago †
Evaluación/ajuste(s) para audífonos Se limita a 1 visita(s) cada año Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	$0 de copago †
Audífonos Por favor consulte el beneficio "Aportación combinada para artículos de la vista y audición" al final de esta tabla.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de VIH	
Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses Si usted está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 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.
Agencia de atención médica a domicilio	
Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada y asistencia domiciliaria a tiempo parcial o intermitente (para que se cubran a través del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención de la salud 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 • Equipos y suministros médicos	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
Terapia de infusión en el hogar	
El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Terapia de infusión en el hogar - continuación	
medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con nuestro plan de atención • La capacitación y la educación del paciente que no estén cubiertas de otra manera por el beneficio de equipo médico duradero • Supervisión remota • Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar	
Atención en un hospicio	
Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos si su enfermedad sigue el curso normal. Usted puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicios certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos aquellos programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos interés financiero. Su médico de hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Atención de alivio a corto plazo • Atención a domicilio	Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal los paga Medicare Original, no MCS Classicare Primero (HMO C-SNP). La consultoría de hospicio no tiene costo compartido.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención en un hospicio - continuación Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si elige permanecer en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. **Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original cubra. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original. **Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito para obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener un servicio, usted solo paga el monto de costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido conforme a Medicare Original **Para los servicios cubiertos por MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) pero no cubiertos por Medicare Parte A o B**: MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no reciben cobertura de la Parte A o B, sin importar si se relacionan o no con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto de costo compartido que le corresponde por estos servicios.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención en un hospicio - continuación **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan**: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, entonces 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. **Nota:** Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.	
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas (o inmunizaciones) contra la gripe/influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza en el otoño y el invierno, y vacunas (o inmunizaciones) contra la gripe/influenza adicionales si son médicamente necesarias • Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido la serie completa, no conoce su historial de vacunación o padece alguna otra condición que le exponga a un riesgo alto o intermedio de contraer la hepatitis B • Vacunas contra COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en riesgo y si estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos en virtud de nuestro beneficio de cobertura para medicamentos con	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra neumonía, gripe/influenza, hepatitis B ni COVID-19.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Inmunizaciones - continuación receta de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 7 para obtener más información.	
Cuidado de los pies en el hogar Una (1) visita en el hogar, por trimestre, para la atención de los pies, provista por un profesional adiestrado. Los servicios del cuidado de los pies pueden incluir: • Evaluación del pie (según lista de cotejo) • Higiene (Pedi-Spa) • Secado de los pies • Corte y limpieza de uñas • Cuidado de uñas encarnadas • Remoción de callos • Aplicación de cremas hidratantes y/o recomendadas por su podiatra o médico. • Masaje para promover circulación de pie a rodillas Afeitado de piernas (según integridad de piel) • Ejercicios para el pie que incluyen, pero no se limitan a actividades de estiramiento y resistencia para fortalecer y flexibilidad el pie. • Referido a podiatra (de ser necesario) • Servicios incluyen aromaterapia y musicoterapia • Esmalte de uñas (según deseo del afiliado) • Educación y promoción de la salud del pie • Entrega de literatura sobre la salud completa del pie y su importancia Las visitas no utilizadas no se transfieren al próximo trimestre. Restricciones pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.	$0 de copago. †
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios para pacientes internados con condiciones agudas, de rehabilitación, de atención a largo plazo y	**Red Especial:**

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados - continuación	
de otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Fármacos y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de las salas de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando	$0 de copago por cada estadía intrahospitalaria cubierta por Medicare. $0 de copago para un número ilimitado de días adicionales cubiertos por Medicare. † **Red General:** $50 de copago por cada estadía intrahospitalaria cubierta por Medicare. $0 de copago para un número ilimitado de días adicionales cubiertos por Medicare. † Para los proveedores y/o facilidades de la Red Especial, consulte la sección de Redes Especiales de su Directorio de proveedores y farmacias. Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare no se aplican. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes). Para la atención hospitalaria para pacientes internados, se aplica el costo compartido descrito anteriormente cada vez que se le ingresa en un hospital. Un traslado a otro tipo de centro (como hospital de rehabilitación para pacientes internados o un hospital de atención a largo plazo) se considera una nueva admisión.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados - continuación	
los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. ○ Beneficio de viaje para trasplante - Si nuestro Plan lo envía fuera de su comunidad (fuera de Puerto Rico) para un trasplante cubierto por Medicare, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transportación apropiados para usted y un acompañante hasta $10,000†, por reembolso. Ciertas restricciones pueden aplicar, comuníquese con el plan para detalles. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre† que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos **Nota:** Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o un paciente externo, consulte con el personal del hospital. • Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)* disponible en internet en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	Por cada hospitalización, tendrá cobertura sin límite de días, siempre y cuando la hospitalización esté cubierta de acuerdo con las normas del plan. Los costos compartidos se cobran el día de la admisión, excepto en emergencias. *Puede requerirse una autorización previa.* Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la condición que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico	
Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Usted recibe hasta 190 días de cuidado hospitalario de salud mental de por vida. Los servicios de cuidado hospitalario de salud mental cuentan hacia el límite de 190 días de por vida solo si cumplen con ciertas condiciones. Esta limitación de 190 días no aplica a servicios hospitalarios psiquiátricos provistos en una unidad psiquiátrica de un hospital general. *Algunos servicios pueden requerir autorización previa a través de MCS Solutions y ciertas excepciones pueden aplicar.* *Para más información sobre MCS Solutions, comuníquese al 1-800-760-5691 disponible las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana.*	$0 de copago por cada estadía intrahospitalaria cubierta por Medicare. Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se aplican. Un período de beneficio comienza el primer día que usted acude a un hospital para pacientes internados o a un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) cubierto por Medicare. El período de beneficio termina cuando usted no ha sido paciente internado en ningún hospital o SNF durante 60 días consecutivos. Si acude al hospital (o SNF) después de que un período de beneficios ha finalizado, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener. El costo compartido del hospital se cobra en la fecha de admisión, excepto en casos de emergencia. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Hospitalización: Servicios cubiertos que recibe en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una estadía no cubierta	
Si ha agotado sus beneficios de centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF), no cubriremos su estancia. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	Cuando su estadía ya no está cubierta, estos servicios se cubrirán según se describe en las siguientes secciones:
• Servicios médicos	Consulte Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico.
• Pruebas de diagnóstico (como los análisis de laboratorio)	Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.
• Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos	Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.
• Vendajes quirúrgicos	Consulte Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados
• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones	Consulte Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Hospitalización: Servicios cubiertos que recibe en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una estadía no cubierta - continuación	
• Dispositivos protésicos y ortésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos	Consulte Dispositivos protésicos, ortésicos y suministros relacionados.
• Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente	Consulte Dispositivos protésicos, ortésicos y suministros relacionados.
• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	Consulte a continuación Servicios de rehabilitación para pacientes externos.
Algunos servicios pueden requerir autorización previa; comuníquese con el plan para detalles.	
Terapia de nutrición médica	
Este beneficio es para personas que padecen diabetes, enfermedades renales (del riñón) (pero sin tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón con una orden de su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional a través de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Medicare Original) y luego, 2 horas cada año. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, usted podría obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetarle estos servicios y	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Terapia de nutrición médica - continuación renovar la orden cada año si usted necesita tratamiento para el siguiente año calendario.	
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) **Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) están cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.** El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. Usted es eligible si está en riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, y **todas** estas condiciones le aplican a usted: 1. Si dentro de los 12 meses previos a su primera sesión principal, usted obtiene uno de los siguientes resultados: • Entre 5.7 y 6.4% en la prueba de hemoglobina A1c. • Entre 110 y 125 mg/dL en la prueba de glucosa en plasma en ayunas; • Entre 140 y 199 mg/dL en la prueba de glucosa en plasma después de 2 horas (prueba oral de tolerancia a la glucosa). 2. Tiene un índice de masa corporal (IMC) de 25 o más (IMC de 23 o más si es asiático). 3. Nunca se le ha diagnosticado diabetes tipo 1 o tipo 2 o Enfermedad renal en etapa final (ESRD, por sus siglas en inglés) Comuníquese con el plan para obtener detalles.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare	
La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio* • Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan • El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, usted podría necesitar análisis y estudios de exploración y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían agregarse a sus costos totales. Consulte con su médico qué estudios de exploración y pruebas podría necesitar como parte de su tratamiento.* • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia* • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto, y debe tener la Parte B en el momento en que recibe los medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis	**Otros medicamentos de la Parte B de Medicare** 0% de coseguro por antagonistas de opioides de la Parte B de Medicare. Usted también paga 0% de coaseguro por medicamentos de la Parte B cuyo costo pagado por el plan es de $950 o menos por un suministro de un mes del medicamento. *Puede requerirse autorización previa.* 20% de coseguro por medicamentos especializados de la Parte B de Medicare cuyo costo pagado por el plan es mayor de $950 por un suministro de un mes del medicamento. *Puede requerirse autorización previa.* **Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare** $35 de copago para suplido de un mes de medicamentos de insulina.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare - continuación	
posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento*	
• Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada* • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales para el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, lo hará la Parte D* • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted use como parte de un tratamiento de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o en un plazo de 48 horas después de la quimioterapia, o si se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (End Stage Renal Disease, ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y medicamentos quelantes de fosfato según el sistema de pago de la ESRD, incluidos los medicamentos intravenosos Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Determinados medicamentos para la autodiálisis en el hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos	**Medicamentos de la Parte B de Medicare para quimioterapia/radiación** 0% de coseguro por medicamentos genéricos de quimioterapia y medicamentos de radiación de la Parte B de Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* 20% de coseguro por medicamentos de quimioterapia de marca de la Parte B de Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* El plan ofrece tratamiento escalonado para la Parte D a Parte B, Parte B a Parte B y Parte B a Parte D.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare - continuación • Fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si usted tiene alguna enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras condiciones (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Retacrit®, epoetina alfa, Aranesp®, darbepoetina alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento a domicilio de enfermedades por deficiencias inmunitarias primarias* • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y para sondas) Las siguientes categorías de medicamentos de la Parte B de Medicare también podrían estar sujetas a los requisitos del tratamiento escalonado: • Antimetabolitos • Medicamentos para enfermedades autoinmunes • Inhibidores complementarios • Medicamentos para la artritis reumatoide • Medicamentos para la colitis ulcerosa • Agentes oftálmicos Categorías de medicamentos de la Parte B de Medicare que podrían estar sujetas a los requisitos del tratamiento escalonado:* Este enlace le dirigirá hacia una Lista de medicamentos de la Parte B que podrían estar sujetos a tratamiento escalonado: https://mcsclassicare.com/Documents/EN/partb-st-2026-en.pdf	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare - continuación También cubrimos algunas vacunas bajo la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica nuestro beneficio para medicamentos de la Parte D, incluidas las normas que se deben seguir para que se cubran las recetas. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
Servicios de Nutricionista Se limita a 10 visita(s) de sesiones individuales o grupales cada año. Las visitas grupales se organizarán de acuerdo con el itinerario publicado por MCS Classicare. Comuníquese con nosotros para más información. Todos nuestros afiliados pueden recibir una evaluación personalizada y un plan alimenticio diseñado por un dietista autorizado según sus necesidades de salud, incluyendo sugerencias de ejercicio. Cualquier vitamina, suplemento o artículo recomendado de dicha evaluación podría no estar cubierto. Consulte su Directorio de proveedores y farmacias para obtener una lista de dietistas disponibles. Si desea cambiar de proveedor después de la consulta inicial, debe comunicarse con nuestro plan antes de realizar cualquier cambio.	$0 de copago †
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua - continuación con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos y medicamentos agonistas y antagonistas de opioides para tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de uso • Evaluaciones periódicas Para obtener más información antes de recibir los servicios, póngase en contacto con el plan.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - continuación	
	Puede requerirse una autorización previa.
• Tratamiento de radiación (radio e isótopos), incluyendo materiales y suministros de los técnicos	0% - 15% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare. (0% por servicios sencillos; 15% por servicios complejos). *Puede requerirse una autorización previa.*
• Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones	10% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Análisis de laboratorio	Sus costos pueden variar dependiendo de su facilidad/laboratorio: Red Especial: 0% por servicio. Red General: 20% por servicio. Para los proveedores y/o facilidades de la Red Especial, consulte la sección de Redes Especiales de su Directorio de proveedores y farmacias. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre† que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio como tomografías computarizadas (Computed Tomography, CT),	0% - 15% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - continuación	
imágenes por resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET) cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordena para tratar un problema médico.	(0% por servicios sencillos; 15% por servicios complejos). *Puede requerirse una autorización previa.*
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos - Servicios radiológicos de diagnóstico, sin incluir radiografías	0% - 15% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare. (0% por servicios sencillos; 15% por servicios complejos). *Puede requerirse una autorización previa.*
Notas: Algunos ejemplos de pruebas y procedimientos de diagnóstico simples incluyen, entre otros, pruebas de esfuerzo (stress test), electrocardiogramas y electroencefalogramas. Algunos ejemplos de servicios complejos incluyen, entre otros, los siguientes: PET y PET CT. Algunos ejemplos de servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico simples incluyen, entre otros, los siguientes: exámenes de radiología, sonogramas y radioterapia (braquiterapia). Algunos ejemplos de servicios complejos incluyen, entre otros, los siguientes: MRI y MRA. Comuníquese con el plan para más detalles.	
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.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Observación hospitalaria para pacientes externos - continuación Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden para admitirlo como paciente interno en el hospital, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)*. Esta hoja de datos se encuentra disponible en internet en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios de hospital ambulatorios Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de hospital ambulatorios - continuación • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico 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 **Nota**: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden para admitirlo como paciente interno en el hospital, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.	
Atención de la salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico (Clinical Social Worker, CSW), especialista en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialist, CNS), consejero profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP), asistente médico (Physician Assistant, PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales correspondientes.	
• Servicios prestados por un psiquiatra	$0 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de la salud mental para pacientes externos - continuación	
	$0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare.
• Servicios prestados por otros proveedores de atención de salud mental	$0 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.* $0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare.
Algunos servicios pueden requerir preautorización a través de MCS Solutions y ciertas excepciones pueden aplicar. *Para obtener más información sobre MCS Solutions, llame al 1-800-760-5691, durante las 24 horas del día, siete (7) días de la semana.*	
Servicios de rehabilitación para pacientes externos	
Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos de pacientes externos de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	
• Servicios prestados por un fisioterapeuta o un terapeuta del habla y del lenguaje	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación para pacientes externos - continuación	
• Servicios prestados por un terapeuta ocupacional	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
Servicios para trastornos por uso de sustancias para pacientes externos	
Nuestro plan cubre tratamiento para el alcoholismo y otra dependencia a sustancias en un entorno ambulatorio. Los servicios ambulatorios de tratamiento para la dependencia de sustancias incluyen: • Detección y consejería para personas que demuestren indicios y síntomas de un uso inadecuado del alcohol u otras sustancias • Evaluación rápida para determinar la severidad del uso de sustancias e identificar el nivel apropiado de tratamiento • Asesoramiento breve enfocado en la concienciación y entendimiento del uso de sustancias y la motivación dirigida hacia un cambio de comportamiento • Educación al paciente sobre diagnóstico y tratamiento • Evaluación estructurada; servicios proporcionados en la oficina de un psiquiatra, un trabajador social clínico o psicólogo en servicios ambulatorios • Terapia grupal e individual *Comuníquese con MCS Solutions, al 1-800-760-5691 disponible las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana.*	$0 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare. $0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo.	
• Servicios prestados en un hospital para pacientes externos	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
• Servicios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
Artículos fuera del recetario (Over-The-Counter, OTC) Usted es elegible para $52 cada mes ($624 al año) a fin de comprar algunos artículos de salud y bienestar fuera del recetario (Over the counter, OTC) a través de la tarjeta de débito OTC. Si usted es elegible a los “Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas", usted podrá utilizar la aportación para tanto sus OTC como sus artículos adicionales con su Tarjeta Te Paga. **Normas del plan:** • No necesita receta médica para adquirir sus medicamentos y/o productos fuera del recetario. No obstante, debería consultar con su médico antes de adquirir medicamentos	$0 de copago [†]

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Artículos fuera del recetario (Over-The-Counter, OTC) - continuación y/o productos de doble uso. Se trata de medicamentos y/o productos que se utilizan para tratar más de una condición médica. • El monto no utilizado de la asignación **se transferirá** al mes siguiente dentro del año del plan. Al final del año de la póliza, el plan no proporcionará ningún saldo restante de su beneficio. Para obtener más información sobre su saldo disponible y/o sobre dónde adquirir medicamentos sin receta y/o otros artículos, llame al plan. Recuerde que los medicamentos y/o productos fuera del recetario solo pueden adquirirse para el miembro. • Las marcas y/o productos fuera del recetario (OTC) pueden variar en función de la disponibilidad en el momento de la compra en la farmacia a la que acuda. • Recuerde que MCS Advantage, Inc. no se hace responsable de ningún defecto de fabricación que puedan presentar algunos productos o artículos. Si detecta algún defecto de fabricación, póngase en contacto directamente con el fabricante del producto o con la tienda donde lo haya adquirido. • Pueden aplicarse restricciones. Comuníquese con el plan para obtener más información. Para obtener información sobre los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas, consulte la Sección 2 de este capítulo, en el apartado "Información importante sobre beneficios para personas inscritas con cualquier condición crónica".	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
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 de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o en un consultorio de asesores profesionales con licencia y es una alternativa a la hospitalización.	$0 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare.
El servicio intensivo para pacientes externos es un programa estructurado de tratamiento de terapia activa de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento de pacientes externos de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un Centros de Salud Calificados Federalmente o una Clínicas de Salud Rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o en el consultorio de un consejero profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC), pero menos intenso que la hospitalización parcial. Para obtener más información sobre MCS Solutions, llame al 1-800-760-5691, durante las 24 horas los siete (7) días de la semana.	$0 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico	
Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que usted recibe en un consultorio médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento para pacientes externos de un hospital o en cualquier otra ubicación	$0 de copago para consultas de atención primaria cubiertas por Medicare. Para los costos compartidos relacionados a cirugías, refiérase a nuestro beneficio de Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación	
	hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios.
• Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Otros profesionales de la salud	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su especialista, si su médico así lo solicita para determinar si usted necesita tratamiento médico	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Ciertos servicios de telesalud, entre ellos: Servicios médicos de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), servicios de un especialista médico, sesiones individuales para servicios especializados de salud mental y sesiones individuales para servicios psiquiátricos. En el Directorio de proveedores y farmacias, usted puede revisar si su médico ofrece servicios de telesalud. Los profesionales de la salud mental (psicólogos, trabajadores sociales, asesores, entre otros) que ofrecen este servicio figuran en la categoría de ciberterapia del directorio, mientras que los médicos de atención primaria y otros especialistas aparecen en la categoría de telemedicina. Para encontrar a estos médicos mediante la herramienta de búsqueda del directorio de nuestra página web (www.mcsclassicare.com), haga clic en el botón "other filters" (Otros filtros) y seleccione cybertheraphy (ciberterapia) y/o telemedicine (telemedicina), según el tipo de servicio que esté buscando. ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. †

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación	
utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. ○ Para obtener información sobre los medios de comunicación electrónica disponibles que se utilizan para los servicios de telesalud mencionados anteriormente, así como sobre cualquier otra instrucción de acceso que pueda ser aplicable, llame directamente a su proveedor para obtener más información.	
• Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional para los pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos/profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).
• Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con 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	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos/profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).
• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos/profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación	
• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos/profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).
• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos/profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).
• Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos/profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).
• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos **si**: ○ No es un paciente nuevo **y** ○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y** ○ El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios en persona (según se describe más arriba en “Servicios de médicos/profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico”).

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación	
• Evaluación de videos y/o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**: ○ No es un paciente nuevo **y** ○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y** ○ La evaluación no deriva en una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos/profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).
• Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos/profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).
• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos/profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).
• Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico)	
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen: • 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 para los miembros que padecen determinadas condiciones que comprometen las extremidades inferiores	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que usted corre un riesgo elevado de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados. Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluida la cuota por la administración (inyección) del medicamento, si corresponde • Hasta 8 sesiones individuales de asesoramiento (incluidas evaluación de riesgo de contraer VIH, reducción del riesgo de contraer VIH y cumplimiento farmacológico) cada 12 meses • Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses • Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por una única vez	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Pruebas de detección de cáncer de próstata	
Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses:	
• Examen rectal digital	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados	
Dispositivos (salvo los dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o capacitación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, así como: bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales, y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación y/o sustitución de estos dispositivos protésicos y ortésicos. Además, 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 tabla. Sólo están cubiertos los lentes intraoculares cubiertos por Medicare.	10% de coseguro por cada suministro médico cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* 20% de coseguro por cada dispositivo protésico cubierto por Medicare. (Hay una excepción para los implantes protésicos, los cuales tienen 0%.) *Puede requerirse una autorización previa.*
Servicios de rehabilitación pulmonar	
Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) de moderada a muy grave y que tienen una orden para	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación pulmonar - continuación	
recibir servicios de rehabilitación pulmonar del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica.	
Tecnologías de acceso remoto (MCS medilíneaMD)	
MCS medilíneaMD provee servicios de tecnologías de acceso remoto, mejor conocida como telemedicina, que le permite recibir atención médica de urgencia desde cualquier lugar de Puerto Rico, las 24 horas del día, los 365 días del año. Tiene acceso a consultas médicas para una enfermedad leve con un médico general o médico de emergencia con licencia. Las consultas de telemedicina pueden realizarse a través de un teléfono inteligente, una computadora o una tableta. Niños menores de diesiocho (18) años deben ser acompañados de un adulto al momento de la consulta. Las condiciones de consulta para este servicio incluyen, entre otras: alergias, secreción nasal, congestión nasal, estornudos, estreñimiento, tos, diarrea, problemas de oído, fiebre moderada, gripe, dolor de cabeza, picaduras de insectos, náuseas, conjuntivitis, erupción cutánea, dolor de garganta y vómitos. En los casos graves, y en aquellos que, según el historial clínico del paciente, el médico considere que justifican el uso de medicamentos recetados, se enviará una receta directamente a una farmacia de la red elegida por la persona inscrita. Si el médico determina que la condición del paciente no puede tratarse a través de esta plataforma de telemedicina, se referirá al paciente a una sala de emergencias, a un centro de atención de urgencias o a su médico de cabecera. El paciente es responsable de consultar su Evidencia de Cobertura y su Formulario de Medicamentos con Receta para determinar si MCS Classicare cubrirá determinadas recetas. Este servicio no sustituye a su médico. Este servicio no incluye consultas con médicos especialistas o subespecialistas, salvo los	$0 de copago †

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Tecnologías de acceso remoto (MCS medilíneaMD) - continuación mencionados anteriormente. No se aplica a servicios fuera de la plataforma de telemedicina contratada. No se aplica el reembolso. El resurtir recetas o recetas para suministros para más de treinta (30) días no se emitirá, salvo en los casos en que los criterios médicos lo consideren necesario. En algunos casos, se emitirá una receta para siete (7) días a fin de satisfacer las necesidades del paciente mientras este se pone en contacto con su médico de atención primaria. Recetas para medicamentos de mantenimiento no se emitirán. Recetas para sustancias controladas tal como lo describe (Drug Enforcement Administration (DEA), Administración de Control de Drogas), no se emitirán medicamentos no terapéuticos ni otras drogas que puedan ser perjudiciales debido a su potencial de abuso. Podrá realizar una consulta virtual via MCS medilíneaMD a través de Mi MCS app, o visite nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com. También puede comunicarse con profesionales de la salud de MCS medilíneaMD llamando al 1.833.275.6276 (llamada gratuita) o 1.844.981.1499 (TTY).	
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
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 son** personas de entre 50 y 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden para realizarse una LDCT durante una visita para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas, y sea proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:* los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier visita apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige proporcionar la consejería para la detección de cáncer de pulmón y una visita de toma de decisiones compartida para futuras pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.
Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C	
Cubrimos una prueba de detección para hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado ordena una, y si usted cumple con una de las siguientes condiciones: • Usted está en riesgo elevado porque usa o ha usado medicamentos inyectables ilícitos.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C - continuación • Usted tuvo una transfusión de sangre antes de 1992. • Usted nació entre 1945 y 1965. Si usted nació entre 1945 y 1965 y no se le considera que está en riesgo elevado, lo cubrimos una sola vez por una prueba de detección. Si usted está en riesgo elevado (por ejemplo, ha seguido usando medicamentos inyectables ilícitos desde su más reciente prueba de detección para hepatitis C con resultados negativos), cubrimos las pruebas de detección anuales.	
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (Sexually Trasmitted Infections, STI) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infection, STI), como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por STI cuando las solicita un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones de alta intensidad individuales de asesoramiento conductual en persona, de 20 a 30 minutos cada año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por STI. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de pruebas de detección de STI y asesoramiento para prevenirlas cubierto por Medicare.
Servicios para tratar enfermedades renales Servicios de diálisis y para enfermedades renales incluyen:	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios para tratar enfermedades renales - continuación	
• 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 referidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de por vida de servicios educativos sobre la enfermedad renal	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• 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 está disponible temporalmente o está fuera del alcance)	20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.
• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si ingresa al hospital como paciente internado para recibir atención especial)	Estos servicios se cubrirán como se describe en las siguientes secciones: Consulte Atención hospitalaria para pacientes internados.
• Capacitación para la autodiálisis (incluye su capacitación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar)	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Equipos y suministros para la autodiálisis en su hogar	Consulte Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados.
• Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados 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)	Consulte Agencia de atención médica a domicilio.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios para tratar enfermedades renales - continuación Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte B, consulte **Medicamentos de la Parte B** de esta tabla.	
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (Para obtener una definición de centro de atención de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Algunas veces, los centros de atención de enfermería especializada se denominan SNF). No se requiere una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de nuestro 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. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre† que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF	$0 de copago por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierto por Medicare. Usted está cubierto por hasta 100 días por cada periodo de beneficios para pacientes internados en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF), de acuerdo con las disposiciones de Medicare. Un período de beneficio comienza el primer día que usted acude a un hospital para pacientes internados o a un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) cubierto por Medicare. El período de beneficio termina cuando usted no ha sido paciente internado en ningún hospital o SNF durante 60 días consecutivos. Si acude al hospital (o SNF) después de que un período de beneficios

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) - continuación	
• Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente prestan los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, habitualmente provistos por los SNF • Servicios de médicos o profesionales Por lo general, su atención en los SNF la obtendrá en centros de la red. En determinadas condiciones que figuran más abajo, usted podría pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para jubilados donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital	ha finalizado, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener. El costo compartido del hospital se aplica el día de la admisión, excepto en emergencias. *Puede requerirse autorización previa.*
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)	
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • Consumo de tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • Son competentes y alertas durante la asesoría • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona asesoramiento. Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, con el paciente recibiendo hasta 8 sesiones por año.)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas†	
Si un proveedor calificado le ha diagnosticado ciertas condiciones crónicas y usted cumple con ciertos criterios de elegibilidad, usted podría recibir beneficios adicionales. Para obtener la descripción de los criterios clínicos y elegibilidad, consulte la sección 2 titulada "*Información importante sobre beneficios para personas inscritas con condiciones crónicas*", en el Capítulo 4.	
Los beneficios suplementarios especiales incluyen:	
• Artículos fuera del recetario (Over-the-Counter, OTC) • Alimentos, productos agrícolas y comidas preparadas • Control de plagas (aerosoles, trampas) • Comida y suministros para mascotas con el fin de apoyar las necesidades de aislamiento social de las personas inscritas elegibles. • Servicios y equipos para mejorar la calidad del aire en interiores: Aires acondicionados, purificadores de aire y deshumidificadores, así como sus filtros, suministros y servicios de mantenimiento y reparación. • Apoyos generales para la vida diaria: Gasolina y reparaciones de automóviles; productos de limpieza; artículos de ferretería/herramientas para mantenimiento del hogar/electrodomésticos. También incluye artículos para preparación ante huracanes: botiquín de primeros auxilios, linterna, baterías, radio, saco de dormir/manta, utensilios, papel, bolígrafo/lápiz. Usted también puede pagar las facturas de servicios públicos tales como electricidad, agua, teléfono, cable e Internet. • Necesidades sociales: Incluye acceso a eventos comunitarios o patrocinados por el plan diseñados para atender necesidades sociales, reducir el aislamiento social y mejorar el bienestar emocional y la función cognitiva - membresías de clubes, pases de parques y eventos musicales. Esto incluye pases a conciertos, museos, eventos comunitarios de entretenimiento, jardinería, artes y manualidades. Los pases a eventos/actividades solo	$0 de copago. Tiene hasta $52 mensuales ($624 cada año). **La aportación mencionada es combinada con la aportación de Artículos fuera del recetario (Over-The-Counter, OTC).**

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas† - continuación están cubiertos para la persona inscrita, no para su acompañante y no son transferibles. • Servicios que apoyan la autodirección: Clases de formación básica y continua destinados a fomentar el uso de la tecnología, el aprendizaje del inglés y la educación financiera. • Acondicionamiento físico: Artículos, material deportivo y servicios relacionados con la mejora del tono muscular y el equilibrio, con el fin de reducir el riesgo de caídas y lesiones, así como de mejorar la salud y el bienestar general. El equipo cubierto puede incluir pesas con agarre (kettlebells), pesas, mat para yoga y bandas de resistencia. • Apoyo para mejorar la memoria y la función cognitiva: Artículos y servicios que apoyan la función cognitiva – juegos de mesa, juegos de cartas, crucigramas, rompecabezas, sudoku, ajedrez/damas, videojuegos, cocina, dibujo, pintura, clases de idiomas, instrumentos musicales y meditación. • Terapias alternativas: Cada vez con más frecuencia se les denomina medicina integrativa, la cual incluye enfoques de salud utilizados para manejar síntomas asociados con el dolor agudo y crónico. Entre los enfoques alternativos de salud más comunes se encuentran las intervenciones mente-cuerpo como meditación, manipulación de la columna, yoga, masajes, tai chi. También se incluyen diversos productos naturales, como hierbas, suplementos alimenticios y productos prebióticos o probióticos. Las facturas de electricidad, agua, teléfono e internet deben estar a nombre del miembro para poder acceder al beneficio. El monto no utilizado de la asignación **se transferirá** al mes siguiente dentro del año del plan. Al final del año de la póliza, el plan no proporcionará ningún saldo restante de su beneficio.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas† - continuación Usted podrá adquirir los beneficios mencionados arriba mediante la Tarjeta de débito SSBCI (Tarjeta Te Paga). Si la transacción excede el saldo disponible, usted deberá pagar la diferencia. Si su tarjeta Te Paga no puede utilizarse en el punto de venta y usted obtiene un beneficio cubierto de un proveedor fuera de la red, puede comprar el artículo o servicio cubierto y solicitar al plan un reembolso por los gastos elegibles. Para solicitar el reembolso, debe presentar una reclamación de reembolso completada, junto con toda la documentación de apoyo requerida, como un recibo detallado de los artículos y comprobante de pago, dentro del plazo establecido por el plan. El plan revisará la reclamación y reembolsará los gastos cubiertos elegibles de acuerdo con las normas de cobertura aplicables y los requisitos del plan. Debe presentar su reclamación de la Parte C (beneficios suplementarios) antes de que finalice el año contrato en el que se utilizó el beneficio o se realizó la transacción. Envíenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a la siguiente dirección: Solicitud de Pago para Beneficios Suplementarios MCS Advantage, Inc. – Departamento de Operaciones PO Box 191720 San Juan, PR 00919-1720 El beneficio no puede utilizarse para retiro de efectivo ni para la compra de los siguientes servicios o productos: procedimientos cosméticos, seguro de indemnización hospitalaria, planificación y gastos funerarios, seguro de vida, alcohol, tabaco, productos de cannabis que son ilegales según la ley estatal o federal, programas de membresía amplios que incluyan múltiples servicios y descuentos no relacionados, y alimentos no saludables. MCS no se hace responsable por ningún defecto en productos o artículos. Si se encuentra algún defecto, debe comunicarse directamente con el proveedor del servicio o el fabricante del producto.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas† - continuación Se aplica únicamente a través de proveedores contratados. Pueden aplicarse restricciones. Comuníquese con el plan para obtener más información.	
Transporte para necesidades que no son médicas • Además de disfrutar del beneficio de transporte para asistir a citas médicas, farmacias y laboratorios, usted tiene la posibilidad de usar este beneficio para asuntos no médicos. Por ejemplo, ir al supermercado o al banco, entre otros. • Se aplica solo a lugares aprobados por el plan a través de proveedores contratados. • Recuerde llamar para solicitar transporte de 3 a 5 días hábiles antes de su cita. Comuníquese con el plan para obtener más detalles y los números de teléfono del proveedor de transporte asignado a su municipio. • Pueden aplicarse restricciones. Comuníquese con el plan para obtener más información.	$0 por cada viaje de un tramo o de regreso cada año. Cada viaje de un tramo o de regreso significa un viaje individual. **El beneficio de transporte para necesidades que no son médicas se combina con el paquete básico de transporte para necesidades relacionadas con la salud.** Consulte su beneficio de transporte para obtener información sobre la cantidad de viajes disponibles para usted. Los viajes que realice a destinos no relacionados con la salud se cuentan dentro del total de viajes disponibles mediante el beneficio de transporte.
Servicios de asistencia en el hogar • Los servicios de asistencia en el hogar incluyen: plomería, cerrajería, electricidad, limpieza/desinfección preventiva del hogar, control de plagas, asistencia tecnológica, limpieza de patios y peluquería (servicios de barbería/salón de belleza para lavado, corte y secado de cabello).	$0 por los servicios de asistencia en el hogar.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas† - continuación • Para servicios de peluquería/barbería/salón de belleza, usted deberá acudir a establecimientos participantes para poder recibir estos servicios. • Los servicios se limitan a dieciséis (16) visitas al año. Se permite un máximo de cuatro (4) visitas por trimestre. Si no se utiliza la cantidad total de visitas en un trimestre, el saldo de visitas no se transfiere al siguiente trimestre para su uso. Los trimestres son de enero a marzo; de abril a junio; de julio a septiembre; y de octubre a diciembre. • Solo se aplican reparaciones simples y servicios básicos dentro de este beneficio, según la evaluación realizada por el proveedor del servicio. • Las reparaciones se realizarán solo si los daños están relacionados con el hogar del miembro y si ocurrieron dentro del mismo. • MCS Classicare no se hace responsable por ningún defecto de fabricación de ciertos productos o artículos. Si se encuentra algún defecto, debe comunicarse directamente con el proveedor del servicio o con el fabricante del producto. • Se aplica únicamente a través de proveedores contratados. • No se aplica el reembolso. • Pueden aplicarse restricciones. Comuníquese con el plan para obtener más información. **Requisitos de elegibilidad relacionados con condiciones crónicas:** Los beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés) están disponibles únicamente para los afiliados elegibles que el plan determine que padecen una enfermedad crónica y para quienes	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas† - continuación	
exista una expectativa razonable de que el beneficio mejore o mantenga su salud o su funcionamiento general. **Para cualificar a los SSBCI, usted debe:** • Cumplir con la definición de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) de afiliado con enfermedad crónica, según lo determine el plan utilizando criterios objetivos; y • Ser determinado por el plan como una persona para quien exista una expectativa razonable de que el beneficio mejore o mantenga su salud o su funcionamiento general. Tener una de las condiciones mencionadas anteriormente no lo califica automáticamente para recibir SSBCI. Debe cumplir con todos los criterios de elegibilidad aplicables descritos a continuación. Para propósitos de determinar la elegibilidad a los beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI), se considera que un afiliado con enfermedad crónica es aquella persona que: • Tiene una o más condiciones de salud graves y continuas que ponen en riesgo su vida o afectan significativamente su salud general o su capacidad para realizar actividades diarias, y • Tiene condiciones de salud que lo clasifican con alto riesgo de hospitalización u otros problemas de salud graves, y • Requiere una coordinación de cuidado intensivo. **¿Cómo determinamos la elegibilidad para los beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)?** Determinamos su elegibilidad mediante procesos aprobados por el plan utilizando información objetiva. Esta determinación puede basarse en información obtenida a través de evaluaciones de	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas† - continuación	
riesgos de salud, evaluaciones de manejo de cuidado, documentación o recomendaciones de proveedores, información de reclamaciones y otras fuentes objetivas aprobadas por el plan. Su propia declaración por sí sola no es suficiente para establecer su elegibilidad. Para continuar siendo elegible para estos beneficios, debe permanecer afiliado al plan y cumplir con todos los criterios de elegibilidad aplicables. Comuníquese con nosotros para conocer exactamente a qué beneficios usted puede ser elegible. **Condiciones crónicas elegibles:** **Trastornos autoinmunes** (poliarteritis nodosa; Polimialgia reumática; Polimiositis; Artritis reumatoide; enfermedad reumatológica; espondilopatías; lupus eritematoso sistémico; granulomatosis de Wegener); **cáncer** (excluye condiciones precancerosas o carcinoma in situ); **trastornos cardiovasculares** (arritmias cardíacas; trastorno tromboembólico venoso crónico; enfermedad arterial coronaria; infarto de miocardio; enfermedad vascular periférica; enfermedad valvular cardíaca); **enfermedad cerebrovascular**; **trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos por abuso de sustancias** (trastorno por uso crónico de alcohol; dependencia a la nicotina; trastornos por uso de sustancias); **condiciones de salud mental crónicas y discapacitantes** (trastornos bipolares; trastornos bipolares y esquizofrenia; trastornos depresivos mayores; trastorno del espectro autista moderado a severo; trastornos de personalidad y comportamentales; trastorno esquizoafectivo; esquizofrenia; discapacidad intelectual severa); **anemia crónica**; **condiciones crónicas que deterioran la visión, audición (sordera), gusto, tacto y olfato** (albinismo; ceguera y baja visión; pérdida auditiva); **enfermedad gastrointestinal crónica** (gastritis crónica; enfermedad hepática crónica; hepatitis viral crónica; cirrosis; enfermedad de Crohn; enfermedades del estómago y duodeno; trastornos de la vesícula biliar, vías biliares y páncreas; trastornos intestinales; enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE); úlceras gastrointestinales; insuficiencia hepática; fibrosis hepática;	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas† - continuación	
colitis ulcerosa); **insuficiencia cardíaca crónica; enfermedad renal crónica (ERC); trastornos pulmonares crónicos** (asma; bronquitis crónica; enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD); enfisema; neumoconiosis; fibrosis pulmonar; hipertensión pulmonar); **condiciones asociadas con deterioro cognitivo** (trastornos del desarrollo; discapacidades intelectuales; trastornos neurocognitivos; trastornos neurológicos); **condiciones que requieren servicios de terapia continua para mantener o retener la función** (trastornos motores); **condiciones con desafíos funcionales** (trastornos congénitos/genéticos; trastornos musculares; trastornos neuromusculares; trastornos psicológicos y del comportamiento); **demencia** (enfermedad de Alzheimer; demencia); **diabetes mellitus; VIH/SIDA; hipertensión crónica** (hipertensión); **inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores** (trastornos que afectan el mecanismo inmunológico; trastornos de inmunodeficiencia; sarcoidosis); **trastornos neurológicos** (esclerosis lateral amiotrófica, (ELA); epilepsia; parálisis extensa; enfermedad de Huntington; esclerosis múltiple; trastornos mioneurales; enfermedades neurodegenerativas; enfermedad de Parkinson; polineuropatía; estenosis espinal; déficit neurológico relacionado con accidente cerebrovascular); **úlcera crónica no por presión**; **sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico** (caquexia; obesidad); **postrasplante de órgano** (estado/complicación); **trastornos hematológicos graves** (anemia aplásica; hemofilia; púrpura trombocitopénica inmune; síndrome mielodisplásico; anemia de células falciformes); **accidente cerebrovascular**; y **malnutrición crónica**. **Comuníquese con el plan para obtener más información.**	
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)	
El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) - continuación	
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 médico • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios excedan a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (Physician Assistant, PA) o enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP)/especialista en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialist, CNS), que debe estar capacitado en técnicas de reanimación cardiopulmonar básicas y avanzadas El SET podría estar cubierto más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	*Puede requerirse una autorización previa.*
Masaje terapéutico	
Existen alternativas disponibles para el manejo del dolor, libre de medicamentos, de ser médicamente necesarias. Usted puede encontrar alivio con el masaje terapéutico. Este ayuda a romper el ciclo de “dolor”, a la vez que reduce la tensión muscular, entre otros beneficios. Los servicios de masaje terapéutico se limitan a 6 visitas al año. Estos servicios deben ser ordenados por un médico o un	$0 de copago †

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Masaje terapéutico - continuación	
profesional de la salud y deben ser ofrecidos por proveedores de la red. El afiliado es responsable de las visitas adicionales y estas son pagaderas de acuerdo con las tarifas ordinarias en el área del cuidado de la salud. No aplican reembolsos. Pueden aplicar reglas y limitaciones. Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	
Transportación	
La transportación es uno de los beneficios incluidos en su plan de salud. Transportación de rutina hasta un máximo de 32 viajes cada año. Se considera un viaje el traslado de un tramo a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan a través de suplidores contratados. Un viaje de ida y vuelta se considera como dos (2) viajes individuales. Recuerde coordinar su viaje de 3 a 5 días laborables antes de su cita. Contacte al plan para más detalles y para los números de teléfono del proveedor de transportación asignado a su municipio. Restricciones pueden aplicar. Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	$0 de copago †
Servicios de urgencia necesarios	
Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, aunque usted se encuentre dentro del área de servicio de nuestro plan, o no es razonable dado el momento, el lugar y las circunstancias obtener este servicio a través de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo le cobrará el costo compartido de dentro de la red. Ejemplos de	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de urgencia necesarios - continuación	
servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de condiciones existentes. Las consultas de rutina a proveedores (como los chequeos anuales) que sean médicamente necesarias no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.	
Cubierta mundial (fuera de la red) Cobertura en todo el mundo incluye atención de emergencia y servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. La cobertura se administra a través de reembolso basado en las diferentes tablas de tarifas permitidas por nuestro plan, las cuales se aplican según el servicio recibido, menos el monto de costo compartido correspondiente. Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	$75 de copago † El copago no se aplica si lo internan en un hospital.
Atención de la vista	
Los servicios cubiertos incluyen:	
• Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para espejuelos/lentes de contacto	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma incluyen a las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas que	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de la vista - continuación	
padecen diabetes, los afroestadounidenses de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más	
• Para personas que padecen diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Un par de espejuelos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. Si se somete a 2 operaciones de cataratas independientes, no puede reservar el beneficio después de la primera operación y adquirir 2 espejuelos después de la segunda operación	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Examen de la vista de rutina Se limita a 1 visita(s) cada año Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	$0 de copago †
Artículos de la vista de rutina adicionales Consulte el beneficio de "Asignación combinada para anteojos o lentes de contacto y audición" que se encuentra al final de esta tabla.	
Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”	
Nuestro plan cubre la visita preventiva única de *Bienvenido a Medicare*. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas determinadas pruebas de detección y vacunas (o inmunizaciones)) y referidos a otros tipos de atención en caso de que fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al personal del	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva *Bienvenido a Medicare*.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" - continuación	
consultorio del médico que desea programar su visita preventiva *Bienvenido a Medicare*.	
• Electrocardiograma cubierto por Medicare después de la Consulta de bienvenida a los servicios preventivos	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Aportación combinada para artículos de la vista y audición	
MCS cubrirá los siguientes servicios con una cantidad combinada de $500 cada año para artículos de la vista y audición: • Artículos de la vista suplementarios (lentes de contacto; espejuelos (lentes y marcos); Lentes de espejuelos; Marcos de espejuelos.) • La cantidad máxima del beneficio de espejuelos incluye la reparación de espejuelos. • Dos (2) audífonos (todos los tipos) cada año; ambos oídos combinados. • Para audífonos, el beneficio y la cantidad máxima de cubierta del plan incluye la reparación de los dispositivos. Los beneficios para artículos de visión y audífonos comparten una cantidad máxima combinada. El uso de uno de estos beneficios reducirá o podría agotar la cantidad disponible para el otro beneficio, incluidas las reparaciones. El proveedor y/o el asegurado deben verificar la cantidad máxima combinada restante disponible para la cubierta de beneficios del plan. Los lentes intraoculares se cubren bajo el beneficio de "Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados" y aplica solo para artículos cubiertos por Medicare.	$0 de copago † *Puede requerirse una autorización previa.* Aplica solo para audífonos.

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

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

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

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una facilidad de emergencia, los servicios excluidos aún no están cubiertos y nuestro plan no los pagará. Esta es la única excepción: pagaremos si un servicio de la tabla a continuación se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; como, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse	No cubiertos en ninguna situación
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipo, y medicamentos Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos que Medicare Original determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica	Medicare Original puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica)
Cargos cobrados por la atención brindada por sus familiares inmediatos o los miembros de su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de atención de enfermería de tiempo completo a domicilio	No cubiertos en ninguna situación
Entrega de comidas a domicilio	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de atención médica a domicilio	Medicare cubre la atención de enfermería especializada de medio tiempo o intermitente que sea médicamente necesaria.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Los servicios de empleada doméstica incluyen ayuda básica en el hogar, entre ellas las tareas domésticas sencillas o la preparación de comidas ligeras	Asistencia en el hogar, un Beneficio complementario especial para quienes tienen enfermedades crónicas, incluye servicios de limpieza/desinfección preventiva en el hogar
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos en ninguna situación
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor	No cubiertos en ninguna situación
Habitación privada en un hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	Un par de espejuelos con marcos estándar (o un juego de lentes de contacto) está cubierto después de una cirugía de cataratas que implanta una lente ocular.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros de anticonceptivos sin receta	No cubiertos en ninguna situación
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original	No cubiertos en ninguna situación
Servicios fuera de la red	Consulte las excepciones descritas en el Capítulo 3, Secciones 1.2 y 2.4

CAPÍTULO 5:

Utilizando la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

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

Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para cuidado de hospicio.

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- La persona autorizada que le da la receta 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 o puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo del plan.)
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos del plan. (Consulte la sección 3.)
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias. (Consulte la sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.)
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan, basada en ciertos criterios, antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información.)

SECCIÓN 2 Obtenga su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si las obtiene en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.4 para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red.)

Una farmacia de la red es aquella que tiene un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" significa todos los medicamentos de la Parte D que están en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web (www.mcsclassicare.com) y/o llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos). (Usuarios de TTY, llamen al 1-866-627-8182).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Si su farmacia 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 dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros en el 1-866-627-8183 (Libre de cargos), (usuarios de TTY, llamen al 1-866-627-8182) o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que 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 dificultad para obtener sus medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana/tribal/del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos 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 la educación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* www.mcsclassicare.com o llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182).

Sección 2.2 Los servicios de pedido por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una condición crónica o a largo plazo. Estos medicamentos están marcados como **medicamentos de pedido por correo (MO, por sus siglas en inglés)** en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo del plan requiere que solicite **un suministro para *90* días de medicamentos para medicamentos cubiertos, excepto medicamentos especializados, y un suministro de 30 días de medicamentos especializados.**

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener medicamentos con receta por correo llame a Servicios para los miembros o visite nuestro sitio web para descargar el formulario (www.mcsclassicare.com). Usted debe utilizar una farmacia de servicios para medicamentos por correo de nuestra red de farmacias; de otra manera sus medicamentos no estarán cubiertos.

Por lo general, el pedido a la farmacia de pedido por correo le llegará en 14 días como máximo. Sin embargo, es posible que sus medicamentos por correo se atrasen a veces. Si necesitara un suministro de inmediato, por favor comuníquese con Servicios para los miembros a los números indicados en la contraportada de este folleto; o puede solicitarle un suministro de 30 días a su médico. Por favor, explíquele a su farmacéutico lo sucedido y pídale que llame a Servicios para los miembros para una autorización.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si la nueva receta se debe enviar, atrasar o detener.

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para reabastecimientos de medicamentos de mantenimiento, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se agote su receta actual. Para medicamentos especializados (nivel 5), comuníquese con su farmacia 5 días antes de que se agote su receta actual. Esto tiene el fin de asegurar que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. Nuestro plan ofrece 2 maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una condición 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 y farmacias* en www.

mcsclassicare.com le informa qué farmacias de nuestra red pueden brindarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos), (usuarios de TTY, llamen al 1-866-627-8182) para obtener más información.

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 Utilizando una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. **Primero consulte con Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182)** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca.

Cubrimos los medicamentos con receta obtenidos en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

- En circunstancias especiales, como enfermedad, emergencia, urgencia o pérdida de medicamentos con receta mientras viaja fuera del área de servicio de nuestro plan, donde no haya ninguna farmacia de la red.
- En el caso de los medicamentos de autoadministración adquiridos fuera de la red: los afiliados pueden solicitar el reembolso o pedir al plan que les conceda una excepción mediante el procedimiento de excepciones del plan. Comuníquese con el plan para obtener detalles.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Los medicamentos de la Parte D no estarán cubiertos si los recetan médicos u otros profesionales de la salud que estén excluidos de la participación en el programa de Medicare o que no dispongan de un registro válido de su exclusión voluntaria de dicho programa. Los medicamentos fuera de la red están cubiertos siempre y cuando su medicación haya sido recetada por un profesional de la salud con una licencia vigente y sin restricciones para ejercer en Estados Unidos y en sus territorios, y de conformidad con el resto de normas del plan.

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general deberá pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo. (En la Sección 2 del Capítulo 7 se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan). Es posible que se le requiera pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos nosotros en una farmacia dentro de la red.

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

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

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

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos establecidos por Medicare y Medicare la ha aprobado. La Lista de medicamentos contiene solo los medicamentos cubiertos bajo la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubrimos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando usted siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea 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 condición para la cual ha sido recetado, o
- Avalado por ciertas referencias, como el Servicio de Información del Listado de medicamentos de hospitales de los Estados Unidos (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de Información DRUGDEX Micromedex.

Medicamentos que no se incluyen en la Lista de medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información).

Sección 3.2 Hay cinco (5) niveles de costo compartido para los medicamentos en la Lista de medicamentos

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

- Nivel 1: Incluye medicamentos genéricos preferidos. Este es el nivel más bajo de costo compartido.

- Nivel 2: Incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3: Incluye medicamentos de marca preferida.
- Nivel 4: Incluye medicamentos no preferidos.
- Nivel 5: Incluye medicamentos especializados. Este es el nivel de mayor costo compartido.

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

Sección 3.3 Cómo saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos

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

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que que le enviamos por vía electrónica.
- Visite el sitio web de nuestro plan (www.mcsclassicare.com). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para pedir una copia de la lista.
- Utilice la “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) de nuestro plan (https://www.medimpact.com/plan/mcs para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener un valor estimativo de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma condición. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182). Los miembros deben registrarse usando una dirección de correo electrónico y crear un nombre de usuario y una contraseña.

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

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

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 variar en función de la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse distintas 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, comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos), (usuarios de TTY, llamen al 1-866-627-8182), para conocer qué es lo que usted o su proveedor necesita para hacer que cubramos el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la autorización del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra el medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos), (usuarios de TTY, llamen al 1-866-627-8182), o en nuestra página web www.mcsclassicare.com.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero 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 condición, 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.** Los criterios de tratamiento escalonado de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos), (usuarios de TTY, llamen al 1-866-627-8182), o en nuestra página web www.mcsclassicare.com.

Limitaciones de cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener cada vez que surte el medicamento. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar

solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted quiere

Hay situaciones en las que un medicamento que usted está tomando o que usted y su proveedor piensan que debería tomar, y que no está en nuestra Lista de medicamentos tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O una versión genérica del medicamento podría tener cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que usted cree que debería ser.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, hay opciones para lo que puede hacer:

- Es posible que pueda 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.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

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

- **Si usted es un miembro nuevo,** nosotros cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90** días de su membresía en nuestro plan.

- **Si estuvo en el plan el año anterior**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90** días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos que realice surtidos múltiples hasta un máximo de 30 días de medicamento. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar el desperdicio).
- **Para los miembros que han sido parte de nuestro plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de un medicamento en particular para 31 días, o menos si su receta es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.
- **Para las personas que tienen un cambio en el nivel de cuidado:** Si tiene un cambio en su nivel de cuidado, (por ejemplo, si es dado de alta del hospital para su casa), cubriremos un suministro temporero de 31 días (a menos que tenga una receta escrita por menos días). Si necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su habilidad para obtener los medicamentos es limitada pero ya han pasado los primeros 90 días de su afiliación en nuestro plan, le cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento (a menos que tenga una receta por menos días) mientras solicita una excepción al formulario.

Si tiene preguntas acerca de un suministro temporal, llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182).

En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos), (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182), y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que 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 solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O bien, puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es actualmente un miembro y el medicamento que toma se retirará del Formulario o tendrá algún tipo de restricción para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9 para saber qué tiene que hacer. También le explica los procedimientos y los plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se administre en forma inmediata y justa.

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

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

Puede solicitar una excepción

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

Si usted o su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le explica lo que tiene que hacer. También le explica los procedimientos y los plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se trate en forma inmediata y justa.

Los medicamentos en nuestro Nivel 5 - Medicamentos especializados no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar 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, nuestro plan puede hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan puede:

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

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

Información sobre cambios en la cobertura para 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 regularmente. A veces recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura para medicamentos que lo afectan durante este año del plan

- **Agregar medicamentos nuevos a la Lista de medicamentos e <u>inmediatamente</u> eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
  - Cuando agreguemos una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos.
  - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y decírselo más adelante, incluso si está tomando el medicamento que quitamos o que cambiamos. Si toma el medicamento similar en el momento en el que realizamos el cambio, le informaremos sobre los cambios específicos que hagamos.

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
  - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos.
  - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Le comunicaremos, al menos, 30 días antes de que realicemos el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
  - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, le informaremos después de que realicemos el cambio.
- **Hacer otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos.**
  - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, nos basamos en el recuadro de advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le comunicaremos al menos 30 días antes de que realicemos estos cambios o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido adicional para 30 días del medicamento que está tomando.

Si hacemos cambios a cualquiera de los medicamentos que usted toma, hable con su médico que le receta acerca de las opciones que funcionarían mejor para usted, incluso cambiar a un medicamento diferente para tratar su condición o solicitar una decisión de cobertura que esté de conformidad con cualquier restricción nueva establecida para el medicamento que toma. Usted o su médico que le receta pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el

cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Pasamos su medicamento a un nivel más alto de costo compartido.
- Imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que toma (excepto por un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como la parte que le corresponde del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que toma que lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Hay algunos tipos de medicamentos con receta que se *excluyen*. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo (excepto por ciertos medicamentos excluidos cubiertos dentro de nuestra cobertura para medicamentos mejorada). Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación, se presentan 3 normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos de Medicare no cubre en la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el *uso no autorizado* de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX. El *uso no autorizado* es

cualquier uso del medicamento distinto a los indicados en la etiqueta del medicamento aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos detallados abajo, mediante la cobertura de medicamentos mejorada, lo cual puede tener un costo compartido.)

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

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre (cobertura para medicamentos mejorada). Este plan cubre medicamentos excluídos, como parte de nuestra cobertura suplementaria de Parte D; específicamente cubrimos algunos medicamentos para la disfunción eréctil: siete (7) pastillas de sildenafil (genérica de Viagra) por mes ó; siete (7) de vardenafil (genérica de Levitra) por mes. Aplica el costo compartido de medicamentos genéricos (nivel 2). El monto que paga cuando obtiene un medicamento con receta para estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. (La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas se describe en la Sección 6 del Capítulo 6).

Si **recibe Ayuda adicional de parte de Medicare** para pagar sus medicamentos con receta, el Ayuda adicional no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. Consulte la Lista de medicamentos del plan o llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos), (usuarios de TTY, llamen al 1-866-627-8182) para obtener más información. Si tiene cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para

usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la sección 6 del capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento con receta

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de miembro de nuestro plan, (que se puede encontrar en su tarjeta de miembro) en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente facturará al plan la parte que nos corresponde del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia la parte que le corresponde del costo de su medicamento con receta cuando lo retire.

Si usted no tiene con usted la información de miembro de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de nuestro plan.

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

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

Sección 9.1 En un hospital o centro de atención de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan

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

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

Por lo general, un centro de atención de largo plazo (Long-Term Care, LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia, o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la que utiliza el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* en www.mcsclassicare.com para saber si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no es así, o si usted necesita más información, llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182). Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de

que pueda recibir regularmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si es residente de un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o tiene algún tipo de restricción, consulte la Sección 5 para obtener más información sobre un suministro temporal o de emergencia.

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

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

En general, si tiene cobertura de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura para medicamentos 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 acreditable:

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

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

Guarde cualquier aviso sobre la cobertura acreditable porque puede necesitar estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su plan de jubilados o empleador o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus condiciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pregunte a su proveedor de hospicio o persona autorizada a dar recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su receta.

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

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para asegurar que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada.

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

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

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

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

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con sus médicos y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerirle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinadas farmacias.
- Requerirle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de determinados médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo usted obtiene estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le informará si limitaremos su cobertura de estos medicamentos o si deberá obtener las recetas de estos medicamentos de un solo médico en particular o de una farmacia específica. Usted también tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme dicha limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se le colocará en un DMP si usted tiene determinadas condiciones, como dolor relacionado con un cáncer activo o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un hospicio, paliativa o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 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 médicos desarrollaron el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de los costos de los medicamentos o se encuentran en un Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudarlos a usar opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Si califica para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y fuera del recetario. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos

que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debería tomar, el momento donde debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También tenga su lista de medicamentos actualizada 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, notifíquelo y retiraremos su participación. En caso de tener preguntas sobre este programa, llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182).

CAPÍTULO 6

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

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta** *Evidencia de Cobertura* **sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso**.

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

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas normas. Cuando usted utiliza la “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) de nuestro plan para consultar la cobertura para medicamentos (https://www.medimpact.com/plan/mcs), el costo que observa presenta un estimado de los costos que paga de su bolsillo que se espera que usted pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182).

Sección 1.1 Tipos de costos que debe pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Hay 3 distintos tipos de costos de su bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le podría solicitar que pague:

- El **deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que nos corresponde.
- El **copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

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

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar 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):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
  - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya efectuado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos que hayan hecho familiares o amigos.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por Ayuda adicional de Medicare, planes de parte del empleador o del sindicado, Servicio de Salud para la Población India Estadounidense, programas de asistencia con medicamentos para VIH, y la mayoría de las organizaciones benéficas

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya gastado un total de $2,400 en costos que paga de su bolsillo en el año calendario, pasa de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

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

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

- Medicamentos con receta y vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B
- Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos en nuestra cobertura adicional, pero que un plan de medicamentos de Medicare normalmente no cubre
- Pagos que usted realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos de Medicare
- Pagos por sus medicamentos realizados por determinados planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos conforme al Programa de descuentos del fabricante

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182).

Registro de los costos totales que usted paga de su bolsillo

- *El informe de la Explicación de beneficios de la Parte* D (Explanation of Benefits, EOB) que usted recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance los $2,400, la *EOB de la Parte D* le indicará que deja la Etapa de cobertura inicial y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte Sección 3.1 para saber qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de MCS Classicare Primero (HMO C-SNP)

Hay 3 **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos en MCS Classicare Primero (HMO C-SNP). La cantidad que paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga una receta o un resurtido. Los detalles de cada etapa se encuentran en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

- **Etapa 1: Etapa del deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**

- **Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

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

Nuestro plan hace un seguimiento de sus costos de medicamentos con receta y de los pagos que hace cuando obtiene medicamentos con receta en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. Registramos dos tipos de costos:

- **Costos que paga de su bolsillo:** esto es cuánto pagó. Esto incluye lo que usted pagó cuando recibe un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por su familia o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos por Ayuda adicional de Medicare, los planes de salud del sindicato o empleador, el Servicio de salud para la población india estadounidense, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- **Total de costos de medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Aquí se incluye lo que nuestro plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona detalles de pago sobre medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que nuestro plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Esto 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 muestra el precio total del medicamento e información sobre cambios en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluye información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta, si corresponde.

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

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que hace por medicamentos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Aquí se indica cómo ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta**. Esto ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que obtiene y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, usted podría 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 copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
  - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando paga un copago por los medicamentos proporcionados en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
  - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o que 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, consulte el Capítulo 7,Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por ciertas otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en sus 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 para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si usted considera que falta algo o si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay un deducible para MCS Classicare Primero (HMO C-SNP)

No hay un deducible para MCS Classicare Primero (HMO C-SNP). Usted comienza la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta

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

Nuestro plan tiene cinco (5) niveles de costo compartido

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

- Nivel 1 - Incluye Medicamentos genéricos preferidos. Este es el nivel más bajo de costo compartido.
- Nivel 2 - Incluye Medicamentos genéricos.
- Nivel 3 - Incluye Medicamentos de marca preferida.
- Nivel 4 - Incluye Medicamentos no preferidos.
- Nivel 5 - Incluye Medicamentos especializados. Este es el nivel de mayor costo compartido.
- Nivel 3: Usted paga $0 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 4: Usted paga $5 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 5: Usted paga no más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

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

Sus opciones de farmacias

El monto que usted paga por un medicamento está determinado 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 Sección 2.4 del Capítulo 5 para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo de nuestro plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan en www.mcsclassicare.com.

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

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

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

En ocasiones, el costo del medicamento es inferior al monto de copago. En estos casos, usted pagará el precio que sea menor por el medicamento, en lugar del monto del copago.

Sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)** (suministro para hasta 31 días)	*** Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para más información). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	$0	Las órdenes por correo no están disponibles para los medicamentos del Nivel 1.	$0	$0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	$0	Las órdenes por correo no están disponibles para los medicamentos del Nivel 2.	$0	$0
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferida)	$0	Las órdenes por correo no están disponibles para los medicamentos del Nivel 3.	$0	$0
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	$10	Las órdenes por correo no están disponibles para los medicamentos del Nivel 4.	$10	$10
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	33%	33%	33%	33%

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)** (suministro para hasta 31 días)	*** Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para más información). (suministro para hasta 30 días)

* ***Fuera de la red:*** *Usted paga el costo compartido dentro de la red, más la diferencia entre el costo dentro de la red y el costo fuera de la red, por los medicamentos con receta cubiertos que obtenga en una farmacia fuera de la red.*

No pagará más de $0 para el Nivel 3, $5 para el Nivel 4, y $35 para el Nivel 5 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos.

Para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D, consulte la Sección 7 de este capítulo.

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

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

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga 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 es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar del mes completo. Calculamos el monto que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicamos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro *a largo plazo* (para hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

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

En ocasiones el costo del medicamento es menor al monto de su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento, en lugar de pagar el copago.

Sus costos para un suministro a largo plazo (hasta 90 - dias) de un medicamento cubierto de la Parte D:

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro hasta 60 días)	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro hasta 90 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	$0	$0	$0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	$0	$0	$0
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferida)	$0	$0	$0
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	$20	$30	$20
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	No hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos del Nivel 5.		

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro hasta 60 días)	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro hasta 90 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro 90 días)
			El pedido por correo no está disponible para medicamentos del Nivel 5.
NEDS: *No todos los medicamentos en los niveles 1 al 4 están disponibles para suplidos extendidos. Estos medicamentos están marcados como"NeDS" en nuestro Formulario de medicamentos.* ***FFQL:*** *Con el fin de proporcionarle a usted y a su médico la oportunidad de evaluar adecuadamente la efectividad de un medicamento, solo el primer surtido de receta estará cubierto por 30 días para algunos de los medicamentos que están disponibles para suministro a largo plazo. Estos medicamentos están identificados como "FFQL" en nuestro Formulario de medicamentos.*			

No pagará más de $0 para el Nivel 3 y $10 para el Nivel 4 por un suministro para dos meses y $0 para el Nivel 3 y $15 para el Nivel 4 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.

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

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales que paga de su bolsillo alcancen los $2,400. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

La *EOB de la Parte D* que usted recibe lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, nuestro plan y cualquier otro tercero han gastado en usted durante el año. No todos los miembros llegarán al límite de $2,400 que pagan de su bolsillo en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Consulte la Sección 1.2 para obtener más información acerca de cómo calcula Medicare los costos que usted paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

En la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted entra en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo alcanzan el límite de $2,400 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted. Consulte la Lista de medicamentos del plan o comuníquese con Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos), (usuarios de TTY, llamen al 1-866-627-8182) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos 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 le denomina colocación de la vacuna).

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

1. **Determinar si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**
    - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son 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 médico.
3. **Quién le administra la vacuna.**
    - Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrar la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago del medicamento** en la que se encuentre.

- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que usted pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, usted tendrá que pagar solo la parte que le corresponde del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

A continuación, se muestran 3 ejemplos de formas de recibir la vacuna de la Parte D.

Situación 1: La vacuna de la Parte D se le administra 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 para adultos de la Parte D, no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagarle a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: La vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando obtiene la vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- 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 para adultos de la Parte D, se le reembolsará la cantidad total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó menos cualquier copago o coseguro por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en sí en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se le administra la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagarle a la farmacia el coseguro o copago por la vacuna en sí.

- Cuando su médico 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 para adultos de la Parte D, se le reembolsará la cantidad total que pagó.

CAPÍTULO 7

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

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

A veces, cuando usted recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que usted se dé cuenta de que paga más de lo que esperaba pagar según las normas de cobertura de nuestro plan o bien, ha recibido una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (reembolsarle). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Podría haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También podría haber veces en las que recibe una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de lo que le corresponde del costo compartido. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que los costos compartidos permitidos por el plan. Si el proveedor está contratado, usted todavía tiene derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido:

1. **Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia necesaria de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**

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

- Usted es responsable de pagar solo la parte que le corresponde del costo de los servicios de emergencia o de urgencia necesarios. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.
- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitándole un pago que usted considera que no debe. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
  - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
  - Si ya ha pagado más de la parte que le corresponde del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo.

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

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

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

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si fue inscrito retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su rembolso.

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 tiene que 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 2.4 del Capítulo 5 para aprender sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. **Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro de nuestro plan**

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

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

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

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

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

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debemos cubrirlos, le rembolsaremos la parte que nos corresponde del costo por sus servicios o medicamentos. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea fotocopiar la factura y los recibos para sus registros.

Debe presentarnos la reclamación de la Parte C (servicios médicos) dentro de los 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B.

Debe presentarnos la reclamación de la Parte D (medicamentos recetados) dentro de los 180 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede completar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Deberá especificar su nombre, su número de identificación de afiliado, su dirección, la fecha de servicio o despacho y su proveedor.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.mcsclassicare.com) o llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) y solicite el formulario.

Envíenos su solicitud de pago junto con las facturas o recibos pagados a esta dirección:

Solicitud de Pago para Atencion Médica
MCS Advantage, Inc. – Departamento de Reclamaciones
PO BOX 191720
San Juan, PR 00919-1720

Solicitud de Pago para Medicamentos recetados de la Parte D
MCS Advantage, Inc. – Departamento de Farmacia
PO BOX 191720
San Juan, PR 00919-1720

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. La parte que nos corresponde del costo podría no ser el monto total que usted pagó (por ejemplo, si usted

obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que usted pagó por un medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si ya ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.

- Si tomamos la decisión de no cubrir la atención médica o el medicamento, o si usted *no* cumplió con todas las normas, *no* pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

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

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto los clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y que sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la disposición de servicios de traducción, servicios de interpretación, 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. Si lo necesita, también podemos proporcionarle información en otros idiomas además del inglés, incluidos el español y braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182).

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo usted pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en la salud de la mujer o encontrar a un especialista de la red, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) de lunes a sábado de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y los sábados de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). También puede presentar una queja ante

Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, braille, large print, audio CD or other alternate formats, etc.)

Our 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 can also give you information in languages other than English including Spanish and braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services at 1-866-627-8183 (Toll Free). (TTY users, call 1-866-627-8182).

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 our plan's network that cover a service you need, call our 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, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Member Services at 1-866-627-8183 (Toll Free) (TTY users call 1-866-627-8182) Monday through Sunday from 8:00 a.m. to 8:00 p.m. (from October 1 to March 31) and 8:00 a.m. to 8:00 p.m. Monday through Friday and Saturday from 8:00 a.m. to 4:30 p.m. (from April 1 to September 30.). You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan que preste y coordine los servicios cubiertos. No es requerido que obtenga un referido para acudir a proveedores de la red.

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

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, el Capítulo 9 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.
  - 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 Aviso sobre prácticas de privacidad (*Notice of Privacy Practice*), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de su 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.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito 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 las agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
  - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; en general, se exige que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

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

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a

pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (Los usuarios de TTY, llamen al 1-866-627-8182).

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A LA MISMA. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

NUESTRA RESPONSABILIDAD LEGAL

MCS tiene el compromiso de proteger su información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés). Estamos obligados por Ley a mantener la privacidad, seguridad y confidencialidad de su PHI; proveerle este Aviso sobre nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad con relación a su PHI, y notificar a los individuos afectados en caso de una exposición no autorizada reportable de PHI.

MCS tiene que regirse por los términos de este Aviso. Sin embargo, nos reservamos el derecho de cambiarlo o modificarlo y de poner en vigor las disposiciones del Aviso para todo PHI que mantenemos. En caso de que cambiemos o modifiquemos los términos de este Aviso, colocaremos un Aviso enmendado en nuestra página de Internet y enviaremos una copia impresa del mismo a nuestros suscriptores a la fecha del cambio. Cualquier tipo de información que MCS pudiera recopilar y/o divulgar, y que se considere como información personal no-pública financiera, según definido en la Regla 75 de la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, también se considerará como PHI, según se define en 45 CFR Parte 164, Sección 164.501 y en el Capítulo 14 – Protección de la Información de Salud del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico – 26 L.P.R.A. 9231 y sigs., según enmendado.

PHI es información que lo identifica a usted (nombre, apellido, seguro social); incluso información demográfica (como dirección, código postal), obtenida de usted mediante una solicitud u otro documento para obtener un servicio, creada o recibida por un proveedor de cuidado de salud, un plan médico, intermediarios que procesan facturas de servicios de salud, socios de negocio y que está relacionada con: (1) su salud o condición física o mental pasada, presente o futura; (2) la prestación de servicios de cuidado de salud a usted; (3) pagos pasados, presentes o futuros por la prestación de servicios de cuidado médico. Para propósitos de este Aviso, esta información se denominará PHI. El Aviso se ha desarrollado y enmendado de manera que esté en armonía con el Reglamento de Privacidad de la Ley HIPAA. Cualquier término no definido en este Aviso tiene el mismo significado que dicho término tiene en el Reglamento de Privacidad de la Ley HIPAA. También contamos con políticas y procedimientos para el manejo de su PHI, los cuales puede solicitar examinar.

USOS Y DIVULGACIONES PRINCIPALES DE PHI

MCS podría usar y divulgar PHI con los siguientes propósitos:

Tratamiento: Para la provisión, coordinación o supervisión de su atención médica y otros servicios relacionados. Por ejemplo, el plan puede divulgar información médica para tratamiento a su proveedor de servicios de salud, si éste así lo solicita.

Pago: Para obtener o proveer pagos por la prestación de cuidados de salud, incluso actividades de cobro y de manejo de reclamaciones. Por ejemplo, el plan puede usar o divulgar información para pagar reclamaciones de los servicios de salud cubiertos o para proveer información de elegibilidad a su proveedor de servicios de salud cuando reciba tratamiento.

Operaciones de cuidado de salud: Para apoyar nuestras funciones de negocio. Por ejemplo, para servicios legales y de auditoría, detección de fraude y abuso, cumplimiento, planificación y desarrollo de negocios, actividades administrativas y de gerencia de negocios. El plan puede utilizar o divulgar su información de salud para comunicarse con usted para proveerle recordatorios de reuniones o citas o información sobre tratamientos alternativos u otros beneficios o servicios relacionados con su salud. También podemos divulgar su información de salud al patrocinador de un plan de seguro, a tenor con la Sección 164.504(f) del Reglamento de Privacidad. Sin embargo, MCS no podrá utilizar o divulgar PHI que sea información genética para actividades relacionadas con suscripción en el plan, a tenor con la Sección 164.520(b)(1)(iii)(c) del Reglamento de Privacidad.

Organizaciones cubiertas

En las funciones como administrador del seguro o beneficio, podremos usar y divulgar PHI entre las siguientes organizaciones: MCS Healthcare Holdings, LLC., MCS Advantage, Inc. y MCS Life Insurance Company.

Socios de negocio

Contratamos con personas y organizaciones (socios de negocios) para que realicen diversas funciones a nombre nuestro o para que provean ciertos tipos de servicios. Los socios de negocio pueden recibir, crear, mantener, usar o divulgar PHI, pero sólo después de haber acordado por escrito que salvaguardarán debidamente dicha información.

OTROS POSIBLES USOS Y/O DIVULGACIONES DE SU PHI

Según requerido por ley

Podemos utilizar o divulgar PHI cuando la Ley Federal, Estatal o Local requiere su uso o divulgación. En este Aviso, el término “según requerido por Ley” se define tal como lo dispone el Reglamento de Privacidad de la Ley HIPAA.

Actividades de salud pública

Podemos utilizar o divulgar su PHI para actividades de salud pública, incluyendo el informe de estadísticas de enfermedades e información vital, entre otros.

Actividades de fiscalización de la salud

Podemos divulgar su PHI a aquellas agencias gubernamentales que regulan las actividades relacionadas con los servicios de salud.

Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA)

Podemos utilizar o divulgar su PHI a la FDA, para prevenir una amenaza inminente a la salud o seguridad pública nacional con relación a eventos adversos relacionados con alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, entre otros.

Maltrato o negligencia

Podemos utilizar o divulgar su PHI a un funcionario del gobierno autorizado, en casos donde es necesario informar abuso o negligencia contra menores o adultos, o situaciones de violencia doméstica.

Procedimientos legales

Podemos utilizar o divulgar su PHI durante el transcurso de cualquier proceso judicial o administrativo (1) en respuesta a una orden de un tribunal de justicia o una agencia administrativa (en la medida en que dicha divulgación esté expresamente autorizada); o (2) en respuesta a una citación, una solicitud de descubrimiento de prueba u otro proceso autorizado por Ley.

Agentes del orden público

También podemos utilizar o divulgar su PHI a agentes del orden público. Por ejemplo, podemos ofrecer información necesaria para informar de un delito o localizar o identificar a un sospechoso, un fugitivo, un testigo esencial, o una persona desaparecida o necesaria para proveer evidencia de un delito ocurrido en nuestra propiedad.

Patólogos forenses, directores funerarios y casos de donación de órganos

Podemos utilizar o divulgar su PHI a un Patólogo Forense para efectos de identificar a una persona fallecida, determinar causa por muerte, o para que realice otras tareas autorizadas por Ley. También podemos divulgar información a directores funerarios para que puedan realizar sus deberes relacionados con difuntos y a organizaciones que manejan la adquisición, almacenamiento o trasplantes de órganos, ojos o tejidos.

Investigación

Podemos utilizar o divulgar su PHI a investigadores, si una Junta Revisora Institucional o un Comité de Ética: (1) ha revisado la propuesta de investigación y ha establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información y (2) ha aprobado la investigación como parte de un conjunto limitado de datos que no incluye identificadores individuales.

Para prevenir una amenaza seria a la salud o la seguridad

Podemos utilizar o divulgar su PHI si es necesario para prevenir o disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o la seguridad pública.

Instituciones Correccionales

Podemos divulgar PHI a una institución correccional o a un agente del orden público que tenga custodia de un recluso para: (1) que la institución le provea cuidado de salud; (2) para proteger la salud y seguridad del recluso y la de otras personas; o (3) proteger la salud y la seguridad en la institución correccional.

Compensación a trabajadores

Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes de compensación a trabajadores y otros programas similares establecidos por ley, que proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas al trabajo, sin considerar culpa.

Programas de ayuda en caso de desastre

Podemos divulgar su PHI a una entidad pública o privada autorizada por Ley o sus estatutos que participe en un esfuerzo de ayuda en caso de desastre. De esta manera, su familia podrá ser notificada sobre su condición de salud y localización en caso de desastre u otra emergencia.

Actividad militar y seguridad nacional, servicios de protección

Podemos divulgar su PHI a autoridades de la comandancia militar si usted es un miembro de las Fuerzas Armadas o veterano. También a funcionarios autorizados que realicen actividades para la seguridad nacional, inteligencia, contraespionaje u otras actividades para la protección del Presidente y otras autoridades o jefes de estado.

Aplicaciones de Terceros

Las aplicaciones de terceros no están sujetas a las reglas de HIPAA y otras leyes de privacidad, que generalmente protegen su información médica. En cambio, la política de privacidad de la Aplicación de terceros describe las limitaciones autoimpuestas sobre cómo la Aplicación utilizará, divulgará y (posiblemente) venderá información sobre usted.

Registros de Pacientes con Trastornos por Uso de Sustancias

En la medida en que tengamos sus registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias, sujetos a 42 CFR parte 2, no compartiremos esa información para investigaciones o procedimientos legales en su contra sin (1) su consentimiento por escrito o (2) una orden judicial.

Otras personas que participan en su cuidado de salud

Podemos divulgar de forma limitada su PHI a un amigo o familiar que participa en su cuidado de salud o que sean responsables por el pago de los servicios médicos. Si usted no se encuentra presente, está incapacitado o es una situación de emergencia, utilizaremos nuestro juicio profesional en la divulgación de información que entendamos resultará en su mejor interés.

Divulgaciones a usted

Estamos obligados a divulgarle a usted la mayor parte de su PHI. Esto incluye, pero no está limitado, a toda información relacionada con su historial de reclamaciones.

Divulgaciones a su representante autorizado

Divulgaremos su PHI a una persona designada por usted como representante autorizado y que ha cualificado para dicha designación conforme a las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Sin embargo, antes de que divulguemos su PHI a dicha persona, usted tiene que proveer una notificación escrita de su designación junto con documentos de apoyo (como un Poder o Declaración previa de voluntad sobre tratamiento médico). Puede completar un formulario para este propósito, el cual está disponible en nuestros centros de servicio y en nuestra página de Internet.

Aún cuando usted designe a un representante autorizado, el reglamento de Privacidad de la Ley HIPAA nos permite optar por no tratar a la persona como su representante autorizado si a nuestro juicio profesional concluimos que: (1) usted ha sido objeto de violencia doméstica, maltrato o negligencia por parte de esa persona, o podría serlo; (2) tratar a dicha persona como su representante autorizado podría ponerlo a usted en peligro o (3) determinamos, en el ejercicio de nuestro juicio profesional, que no es lo mejor para usted que tratemos a esa persona como su representante autorizado.

Con su autorización

Usted nos puede autorizar a usar o divulgar su PHI a otras personas para cualquier otro propósito sólo mediante autorización escrita. La autorización tiene que estar firmada y fechada por usted, indicar la persona o entidad autorizada a recibir la información, breve descripción de la información a divulgarse y fecha de expiración. Además, los siguientes usos y divulgaciones requieren una autorización de acuerdo con la Sección 164.508(a)(2) – (a)(4) del Reglamento de Privacidad: (a) Para notas de psicoterapia, que son notas documentadas en cualquier medio por un Profesional de la Salud Mental y en las cuales se documentan o analizan conversaciones llevadas a cabo en sesiones de terapia en grupo o individual y que se mantienen por separado del resto del expediente clínico de un paciente. (b) Para mercadeo, que conlleva una comunicación sobre un producto o servicio y lo cual estimula al receptor de la comunicación a adquirir o utilizar ese producto o servicio; (c) Para la venta de PHI, que conlleva divulgación de PHI por una entidad cubierta o socio de negocios a cambio de remuneración directa o indirecta. Usted tiene derecho a revocar la misma por escrito en cualquier momento, a tenor con la Sección 164.508(b)(5) del Reglamento de Privacidad. La revocación estará en vigor para futuros usos y divulgaciones de su PHI y no afectará los usos y divulgaciones permitidos por su autorización mientras la misma estuvo en vigor. A menos que usted nos refiera una autorización escrita, no podremos usar o divulgar su PHI para ninguna otra razón que no esté descrita en este Aviso.

Divulgaciones al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

Estamos obligados a divulgar su PHI al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos a fin de que determine si hemos cumplido con los reglamentos de la Ley HIPAA.

USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS RESPECTO A SU PHI

Derecho a solicitar una restricción

Usted tiene derecho a solicitar restricciones en ciertos usos y divulgaciones de su PHI a tenor con la Sección 164.522(a) del Reglamento de Privacidad. Sin embargo, no estamos obligados a acceder a una restricción solicitada, excepto en caso de desglose restringido bajo la Sección 164.522 (a)(1)(vi) del mismo Reglamento. Si accedemos a la restricción, cumpliremos con ella a menos que la información sea necesaria para proveerle tratamiento de emergencia. Usted puede solicitar una restricción completando el formulario que tenemos disponible en nuestros centros de servicio y en nuestra página de Internet.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una forma alterna o lugar alterno con relación a su PHI. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted solamente a la dirección de su trabajo o la de un familiar. Usted puede solicitar comunicación confidencial completando un formulario disponible en nuestras oficinas de servicio y nuestra página de Internet.

Derecho de acceso

Usted tiene derecho a examinar y obtener copia de su información personal, financiera, de seguros o de salud, dentro de los límites y excepciones que provee la ley. Para obtener acceso a su información, comuníquese con Servicios para los miembros para someter su solicitud. Validaremos su identidad antes de asistirlo. También puede visitar cualquiera de nuestros Centros de Servicio para someter su solicitud por escrito de una copia o para revisar su PHI. Le proveeremos acceso dentro de 30 días laborables. Podemos denegar su solicitud a examinar y obtener copia de su PHI bajo ciertas circunstancias limitadas.

Derecho a solicitar enmiendas

Si usted cree que la PHI que mantenemos en nuestros archivos y/o sistemas está incorrecta o incompleta, puede solicitar que la enmendemos. Puede solicitar una enmienda de su PHI completando un formulario de solicitud, disponible en nuestros centros de servicio y en nuestra página de Internet.

Derecho a obtener un informe de divulgaciones

Usted tiene derecho a obtener un informe de ciertas divulgaciones de su PHI, hechas por MCS, para asuntos no relacionados a tratamiento médico, pago de servicios de salud, operaciones de cuidado de salud o según su autorización. Puede solicitar el Informe de Divulgaciones completando el formulario de solicitud que tenemos disponible en nuestros centros de servicio y en nuestra página de Internet.

Derecho a una copia impresa de este aviso

Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso sobre Prácticas de Privacidad a su solicitud, aún luego de aceptar el recibir una copia del mismo en forma electrónica.

QUERELLAS

Usted tiene derecho a radicar una querella con MCS y con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS, por sus siglas en inglés), si cree que sus derechos de

privacidad o de seguridad han sido quebrantados. Todas las querellas deberán (1) someterse por escrito, (2) incluir el nombre de la entidad contra la cual se presenta la querella, (3) describir los actos u omisiones que usted cree que fueron quebrantados y (4) someterse no más tarde de 180 días después del momento en que se percató del problema o debería haberse percatado del mismo. No lo penalizaremos ni tomaremos represalias contra usted por someter una querella ante el Secretario de DHHS o con MCS.

MCS cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MCS no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MCS proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes: intérpretes de lenguaje de señas capacitados, información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). MCS proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes: intérpretes capacitados, información escrita en otros idiomas. Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicios para los miembros. Si considera que MCS no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a: MCS Servicios para los miembros, PO BOX 191720, San Juan, PR 00919-1720, para MCS Life 787-281-2800 (área metropolitana), 1-888-758-1616 (libre de cargos), 1-866-627-8182 (usuarios de TTY), para MCS Classicare 787-620-2530 (área metropolitana), 1-866-627-8183 (libre de cargos). Nuestro horario de servicio es de lunes a domingo de 8:00am a 8:00pm del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario del 1 de abril al 30 de septiembre es de lunes a viernes de 8:00am a 8:00pm y sábado de 8:00am a 4:30pm. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal. Si necesita ayuda para hacerlo, Servicios para los miembros está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de EE. UU., de manera electrónica a través del portal para querellas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Tenga en cuenta que la mayoría de las aplicaciones de terceros no estarán cubiertas por HIPAA. La mayoría de las aplicaciones, en cambio, estarán bajo la jurisdicción de la Comisión Federal de Comercio (FTC) y las protecciones proporcionadas por la Ley de la FTC. La Ley de la FTC, entre otras cosas, protege contra actos engañosos (por ejemplo, si una aplicación comparte datos personales sin permiso, a pesar de tener una política de privacidad que dice que no lo hará). Si tiene alguna inquietud con respecto al uso de aplicaciones de terceros y su información, puede comunicarse con la Comisión Federal de Comercio (FTC) o radicar una querella en https://reportefraude.ftc.gov/#/.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE MCS

Usted puede solicitar información adicional sobre este Aviso de Prácticas de Privacidad o someter una querella de privacidad comunicándose con MCS a la siguiente dirección:

MCS
Atención: Oficial de Privacidad
Box 9023547
San Juan, PR 00902-3547
privacy@medicalcardsystem.com

FECHA DE EFECTIVIDAD

Este Aviso Sobre Prácticas de Privacidad es efectivo a partir del 01 de julio de 2021.

Revisiones:
02/2026

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca de nuestro plan, la red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de MCS Classicare Primero (HMO C-SNP), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos). (Usuarios de TTY, llamen al 1-866-627-8182).

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y las clasificaciones por estrellas del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.

- **Información acerca de proveedores y farmacias de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones y credenciales de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Los profesionales médicos deben mostrar en sus consultorios sus credenciales (licencias, certificados y diplomas) y capacidades para permitir que los pacientes tomen decisiones informadas acerca de su atención médica.
  - Todos los proveedores deben mostrar su certificado de cobertura de negligencia médica para que sus pacientes puedan leerlo fácilmente. La información también está disponible a petición. Comuníquese con el plan para más detalles.
  - Si el proveedor no cuenta con el certificado de cobertura de negligencia médica, él o ella debe informar y mostrar dicha información en un lugar destacado en su consultorio.

- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que usted puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su condición médica 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 médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

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

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo

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

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado en estos casos se denominan **directrices anticipadas.** Los documentos como un **testamento vital** y **un poder de representación para la atención médica** son ejemplos de directrices anticipadas.

Cómo establecer las directrices anticipadas para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede recibir un formulario de directrices anticipadas de su abogado, de un trabajador social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de directrices anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede llamar a Servicios para los miembros 1-866-627-8183 (Libre de cargos). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182).
- **Complete el formulario y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Proporcione copias del formulario a las personas adecuadas**. Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como quien puede tomar las decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es recomendable que dé copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

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

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

Completar las directrices anticipadas es decisión de usted (entre ello, si desea firmarlas si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo si firmó o no directrices anticipadas.

Requisitos para directrices anticipadas en Puerto Rico:

Toda persona mayor de edad (21 años o más), con plena capacidad jurídica, tiene derecho a manifestar su deseo o voluntad respecto a la recepción de tratamiento médico. De conformidad con la legislación de Puerto Rico (Ley Núm. 160-2001). Toda persona interesada en otorgar directrices anticipadas deberá redactar una declaración que cumpla los siguientes requisitos:

- Debe estar por escrito, firmada y jurada ante notario público.

- Como alternativa, el declarante podrá realizar la declaración en presencia de un médico y dos testigos competentes, que no sean herederos del declarante y que no participen en la atención directa del paciente.
- Declarar en el documento el carácter voluntario de las instrucciones.
- Debe incluir la fecha, la hora y el lugar en que se formalizan las instrucciones.

El documento también puede recoger cualquier otra indicación relativa a la atención médica que será evaluada profesionalmente por los médicos encargados del tratamiento de la persona. Puede incluir la designación de una persona para que tome decisiones en su nombre respecto a la aceptación o el rechazo de un tratamiento, en caso de que usted no pueda comunicarse por sí mismo.

Asimismo, debe entregar una copia de las directrices anticipadas a su médico o a la institución que le preste los servicios de salud. Tenga en cuenta que debe cumplir todos los requisitos establecidos por la ley para que las directrices anticipadas sean legalmente vinculantes. Por lo tanto, sus directrices anticipadas relativas a su tratamiento médico deben especificar que se han prestado de forma voluntaria, indicar la fecha, la hora y el lugar en que se ha formalizado la declaración, y estar firmadas y juradas ante un notario público, o realizadas ante un médico y dos testigos, tal y como se ha indicado anteriormente.

Si no se siguen sus instrucciones

Si usted firma directrices anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí se mencionan, puede presentar una queja ante la Oficina del Procurador del Paciente de Puerto Rico, PO Box 11247, San Juan PR 00910-2347. Puede comunicarse con ellos al 787-977-0909 y al 1-800-981-0031, o en www.opp.pr.gov para obtener más información.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

Según las normas de nuestro plan, usted tiene derecho a estar libre de cualquier tipo de restricción física o reclusión que se utilice como medio de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia. Usted tiene el derecho a no ser descuidado, intimidado, abusado física o verbalmente, maltratado ni explotado. Usted también tiene el derecho a ser tratado con consideración, respeto y pleno reconocimiento de su dignidad, privacidad e individualidad.

No podemos negarle servicios ni castigarlo por ejercer sus derechos. El hecho de que usted ejerza sus derechos no afectará negativamente la manera en que MCS Classicare y sus proveedores, o CMS, le brinden o coordinen los servicios.

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar 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, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Sección 1.7 Si siente que está siendo tratado injustamente o que no se están respetando sus derechos

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

Si siente que se le ha tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando en los siguientes lugares:

- **Llame a Servicios para los miembros** al 1-866-627-8183 (Libre de cargos). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182).
- **Llame a su SHIP local** al 1-877-725-4300 (área metropolitana) 1-800-981-0056 (área Mayagüez) 1-800-981-7735 (área Ponce).
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos sitios:

- **Llame a Servicios para los miembros de nuestro plan al 1-866-627-8183 (Libre de cargos)**. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182).
- **Llame a su SHIP local** al 1-877-725-4300 (área metropolitana) 1-800-981-0056 (área Mayagüez) 1-800-981-7735 (área Ponce).
- Comuníquese con **Medicare**.
  - Visite Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y protecciones de Medicare)* (disponible en: Medicare Rights & Protections)
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Para preguntas, llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan los detalles sobre sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene otra cobertura de salud u otra cobertura para medicamentos, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.**
  Muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudarle a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de atención médica acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos fuera del recetario (OTC), las vitaminas y suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe seguir pagando una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Por la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o medicamento.
  - Si le corresponde pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
  - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, tenemos que saberlo** para que mantengamos su registro de miembro actualizado y sepamos cómo comunicarnos con usted.

- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede permanecer como miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, notifíqueselo al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).**

CAPÍTULO 9

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

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas** (también denominadas reclamos).

Ambos procesos cuentan con la aprobación de Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La información en este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y qué debe hacer.

Sección 1.1 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. Para facilitar la comprensión, en este capítulo se utilizan palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

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

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 damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la

orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

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

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan 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 del sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

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

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Consulte la **Sección 4, Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 10, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones

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 de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a artículos y servicios médicos, y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted puede utilizar el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si nuestro médico de la red del plan lo refiere a un especialista médico que no está dentro de la red, este referido se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o bien, la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio referido nunca está cubierto en ninguna circunstancia. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué desestimamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir si la atención médica no está cubierta o que ya no está cubierta para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que usted reciba un beneficio, y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, 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, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando completamos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué desestimamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 evaluada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

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

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, usted podría avanzar a niveles adicionales de apelación (este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

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

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

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182)**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) y solicite el formulario de *Nombramiento de representante (Appointment of Representative form)*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com).
    - En el caso de la atención médica o de los medicamentos de la Parte B , su médico puede solicitar una decisión de cobertura o apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.

- En el caso de los medicamentos de la Parte D , su médico u otra persona autorizada a emitir recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) y solicite el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.
  - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **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 referido. 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 que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación implica diferentes normas y plazos. Proporcionamos los detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

- **Sección 7:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto (*Aplica únicamente a los siguientes servicios*: atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada y servicios de Centros de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF))

Si no está seguro de qué información le corresponde, llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182). También puede obtener ayuda o información de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

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

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

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 en la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamentos de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos 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 5 situaciones siguientes:

1. Usted no está recibiendo la atención médica que quiere y cree que está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted considera que nuestro plan cubre esa atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Usted recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le comunicamos que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y considera que nuestro plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Enviarnos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinada atención médica que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado anteriormente, se reducirá o interrumpirá, y usted considera que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en

un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), consulte las Secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se la denomina **determinación de la organización.**

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

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

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma en un plazo de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, de 14 días calendario en el caso de todos los demás artículos y servicios médicos, o de 72 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo de 72 horas en el caso de los servicios médicos o de 24 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con 2 requisitos:

- *Solo puede solicitar* cobertura para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos y/o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándar podría afectar su salud de forma grave o perjudicar la recuperación de su capacidad física.

Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.

Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explique que usaremos los plazos estándar.
- Explique que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Explique que usted 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: Pídale 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 cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante puede 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 las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibida su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a las normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que usted solicitó no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B , le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud.

- **No obstante,** si solicita más tiempo o si necesitamos recabar 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 tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B .
- Si usted considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 para información sobre quejas).

En el caso de las decisiones de cobertura rápida usamos un marco de tiempo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante,** si usted solicita más tiempo o si nosotros necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si usted está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 10 para 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 que explica por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro 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.

Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 30 días calendario o los 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos acerca de la cobertura de atención médica, usted y/o su médico tendrán que decidir si usted necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 5.2.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a 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. Ejemplos de una causa justificada pueden

incluir una enfermedad muy grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos 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 médico pueden agregar más información para sustentar su apelación.** Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, y podríamos comunicarnos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud nos lo exige.
  - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar 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 tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento de la Parte B.
  - 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 la que será revisada por una organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **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 recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** automáticamente enviaremos 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 que recibimos su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B que todavía no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo exige.

- Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar 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 tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en la que será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **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 de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Sección 5.4 El Nivel 2 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”).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. 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 le denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso**. Se nos permite cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.

- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información acerca de 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 independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de que reciba 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**. Si se tomaron días adicionales, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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 o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** a partir de que reciba su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de que reciba 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**. Si se tomaron días adicionales, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y explicará los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas** o bien, proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas** tenemos **24 horas** a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
  - Explica la decisión.
  - Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
  - Le explica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La Sección 9 explica los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos está pidiendo que le reembolsemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por atención médica

En el Capítulo 7 se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y usted siguió las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo normalmente en un plazo de 30

días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informa 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 apelación de la Sección 5.3. En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la 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, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

Sección 6.1 Lo que debe hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos por un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos consulte los Capítulos Capítulo 5 y 6. **Esta sección trata solamente sobre 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 usamos 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 preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.

- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le entregará un aviso escrito explicándole cómo ponerse en contacto 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 la cobertura o en relación con el monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos *de nuestro plan.* **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios para autorizaciones previas o el requisito de probar primero con otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Cómo solicitar pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento con receta que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al Formulario.**

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento es una **excepción al Formulario.**

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto es 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 médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que corresponde a medicamentos en el nivel cinco (5) – medicamentos especializados. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento cuando aceptamos cubrir un medicamento que no figura en Lista de medicamentos.
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en el monto del costo compartido que le pediremos que pague por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Cada medicamento en nuestra Lista de medicamentos se encuentra en uno de los cinco (5) niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será la parte que le corresponde pagar del costo del medicamento.
   - Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al (los) medicamento(s) alternativo(s).
     - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a un monto de costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su condición.
     - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su condición.

  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su condición.
  - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en el Nivel 5 - Medicamentos especializados.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición específica en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general no aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido más bajos no funcionen tan bien para usted o puedan causarle una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento, y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

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

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

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

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

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándares podría afectar seriamente su salud o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explica que usaremos los plazos estándar.
  - Explica que, si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
  - Le indica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted 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 cobertura para la 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 modelo de los*

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) o en el formulario de nuestro plan, que están disponibles en nuestro sitio web www.mcsclassicare.com.El Capítulo 2 incluye la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información que identifica la reclamación denegada por la que se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante puede 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 es el motivo médico de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

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

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- En general, debemos 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 médico. Le daremos la respuesta antes si su salud nos lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos en un plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- En general, debemos 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 médico. Le daremos la respuesta antes si su salud nos lo exige.

  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos 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 que recibamos su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la 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 que recibimos su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada.**

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días calendario. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo exige, pídanos una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la **Sección 6.4** de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico 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, envíe una solicitud por escrito** o llámenos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (TTY 1-866-627-8182). El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el Formulario de Solicitud de redeterminación modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), que está disponible en nuestro sitio web https://mcsclassicare.com/SiteAssets/docs/ES/solicitud-redeterminacion-2024-es.pdf. Incluya su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a 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. Ejemplos de una causa justificada pueden

incluir una enfermedad muy grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos 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 médico pueden agregar más información para sustentar su apelación. Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Podríamos comunicarnos con usted o con su médico u otra persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud nos 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, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. La **Sección 6**.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos 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 que explica por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre 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 que recibimos su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su condición de salud nos 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, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. La **Sección 6**.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura tan rápido como lo exija su salud, pero nunca después de **7 días calendario** de que recibimos su apelación.

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica 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 que recibamos su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la 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 que recibimos su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 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 le llama **Entidad de revisión independiente (Independent Review Entity, IRE).**

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, médico 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 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 independiente.

  - **Usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito.

- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación de **riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- Le enviaremos a esta organización de revisión independiente la información sobre su apelación. A esta información se le denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.** Se nos permite cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información acerca de su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, 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 independiente 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 solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

En el caso de las 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 independiente **en un plazo de 24 horas** después de que recibimos la decisión de parte de la organización de revisión independiente.

En el caso de las 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 independiente **en un plazo de 72 horas** después de que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta 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 recibida la decisión de parte de la organización de revisión independiente.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente 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 que:

- Explica la decisión.
- Le notifica sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión de Nivel 2 es final.
- Le indicará 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 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después de Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. 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 médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los 2 días calendario de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)*. Todos los que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un manejador de caso o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y haga preguntas si no lo entiende.** Dice lo siguiente:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. 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 de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. **Guarde la copia** del aviso para tener a mano 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 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar el aviso en línea en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha del alta del hospital

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por un período de tiempo más prolongado, use 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, llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182). O bien, llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para recibir asistencia personalizada. Puede llamar a Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud (SHIP: State Health Insurance Assistance Program) al 1-877-725-4300 (Área Metro), 1-800-981-0056 (Área de Mayagüez) o al 1-800-981-7735 (Área de Ponce). La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

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** es un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con 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 rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights (Un 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 (Quality Improvement Organization, QIO) *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.**
  - **Si usted cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
  - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide quedarse en el hospital después de su fecha prevista del alta, *podría tener que pagar los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de su fecha prevista del alta.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después de que se nos contacte, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta**, puede llamar a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede obtener un aviso de muestra en línea en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que les dimos nosotros y el hospital.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, podría haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación, significa que su fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

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

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su 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 la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a su fecha prevista del alta.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo 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 *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta

revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finaliza su cobertura de la atención.

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 sobre con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario, después de recibir su solicitud de apelación nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le notificarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente 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 de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- 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 independiente la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** que estén cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios 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 estos 3 tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice 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. **Recibirá un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le dice:
   - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
2. Se le pedirá que **usted**, **o alguien que actúa en su nombre, firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo <u>no</u> significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan para suspender la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, 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, llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182). O bien, llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para recibir asistencia personalizada. Puede llamar a Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud (SHIP: State Health Insurance Assistance Program) al 1-877-725-4300 (Área Metro), 1-800-981-0056 (Área de Mayagüez) o al 1-800-981-7735 (Área de Ponce). La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

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 apropiada. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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 rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió, (*Aviso de no cobertura de Medicare (Notice of Medicare Non-Coverage, NOMNC)*), se 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 antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si se vence el plazo y desea apelar, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad a través de la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado también aparece en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que les ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos comunican sobre su apelación y usted recibirá de nuestra parte la *Explicación detallada de no cobertura,* donde se explican detalladamente las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores 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 atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, 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 de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo 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 *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

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 sobre su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando 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 independiente la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de 5 niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo

hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La Sección 9 explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ)** 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 la decisión de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida 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. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *podría* concluir o *no.***
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza 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 para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la 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 recibida la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no.***
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza 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 debería continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** 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 tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un determinado monto en dólares, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto 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 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la administran estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ)** 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 fue aprobada por el juez administrativo o el mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, a los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza 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 para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, a los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, usted podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** 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 tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Presentar quejas

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

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas se tratan en el 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 al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿No está satisfecho con nuestro Servicios para los miembros? • ¿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 médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por nuestro Departamento de Servicios para los miembros o a otro personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo *oportuno* de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son ejemplos: • Ha pedido que tomemos *una decisión de cobertura rápida* o que respondamos una *apelación rápida*, y lo rechazamos; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos productos o servicios o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **reclamo.**

Presentar una queja se denomina **interponer un reclamo.**

Usar el proceso para quejas se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo.**

Una **queja rápida** se denomina **reclamo acelerado.**

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Llamar a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) suele ser el primer paso.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros 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.

- Así es cómo funciona:
  - Usted puede presentar un reclamo visitando el centro de servicios más cercano a su ubicación, enviándolo por fax al: 787-620-7765; o por correo postal a: MCS Advantage, Inc., Unidad de Querellas y Apelaciones, P.O. Box 195429, San Juan, PR 00919-5429. Puede utilizar el Formulario de presentación de reclamos de MCS Classicare para presentar su reclamo; sin embargo, su uso no es obligatorio.
  - Usted debe presentar su reclamo no más tarde de 60 días calendario después del evento que fue el motivo del reclamo, y nosotros le daremos una respuesta tan pronto como su situación de salud lo requiera, pero no más tarde de 30 días calendario a partir del día en que se haya recibido el reclamo, a menos que este período sea extendido. Si el plan se otorga un período de extensión de 14 días calendarios, se le notificará por escrito.
  - Usted tiene el derecho de presentar un reclamo acelerado (rápido) si extendemos el período para tomar una decisión de cobertura. Usted también puede presentar un reclamo acelerado si nos negamos a concederle una solicitud para una decisión de cobertura acelerada o apelación. Cuando usted solicita un reclamo acelerado, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. Si desea presentar un reclamo acelerado, puede llamarnos.
  - Usted o su representante autorizado pueden presentar un reclamo. La persona que usted designe actuará como su "representante". Puede ser a un familiar, un amigo, un abogado, un médico o cualquier otra persona o proveedor que usted elija para que actúe en su nombre. Puede ser alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal. Si desea que alguien en particular actúe en su nombre, pero esa persona aún no ha sido autorizada por el tribunal o la ley estatal, llame a Servicios para los miembros y solicite el formulario para autorizar a esa persona para que actúe legalmente en su nombre. El formulario deberá ser firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 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) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos 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 una parte o la totalidad de la queja, o si no nos hacemos responsables del problema por el que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención,* tiene 2 opciones adicionales:

- **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 médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo**.

Sección 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare visite Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:
Cancelación de su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) puede hacerse de forma **voluntaria** (cuando lo decide usted) o **involuntaria** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y los medicamentos con receta y usted seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Usted puede cancelar su membresía con nuestro plan durante el **Período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y cobertura para medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período abierto de inscripción** es del **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de cobertura:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos,
  - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos de Medicare, u
  - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
    - Si elige esta opción y recibe Ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura para medicamentos de Medicare y permanece sin una cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más,

podría tener que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando empiece la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan de MA, desde el mes en que comience a tener derecho a la Parte A y a la Parte B hasta el último día del tercer mes contado a partir del momento en que comenzó a tener este derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage,** usted puede realizar lo siguiente:
  - Cambiar a otro Plan Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare al mismo tiempo.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted podría ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones aplica a usted. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar Medicare.gov.

- En general, cuando se muda
- Si tiene Medicaid

- Si es elegible para Ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos 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)

Nota: si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La sección 10 del capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según sea su situación.

Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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,
- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos de Medicare, u
- Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura para medicamentos de Medicare y permanece sin una cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, usted podría pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía se cancelará normalmente** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.
- **Recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus costos de la cobertura para medicamentos:** Si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuando puede finalizar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, usted puede:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (usuario de TTY llamar al 1-866-627-8182).**
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & You*** **(Medicare y Usted) de 2027**.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), (usuarios de TTY llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) se cancelará automáticamente cuando empiece la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción**. Llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) si necesita más información sobre cómo hacer esto. • También puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) se cancelará cuando comience su cobertura en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que se cancele su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus artículos, servicios médicos y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando las farmacias de nuestra red o pedido por correo para obtener sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) debe cancelar la membresía de su plan en ciertas situaciones

MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) debe cancelar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan
- Usted no cumple con los requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan.
  - Usted tendrá dos (2) meses para presentar prueba de que cumple con los requisitos de elegibilidad detallados en la Sección 2.1 del Capítulo 1, o cancelaremos su afiliación en nuestro plan. Si no cumple con los requisitos de elegibilidad, usted cualifica para un Periodo especial de elección que le permite afiliarse a otro plan ofrecido por MCS Advantage, Inc. (MCS Classicare) u otro plan que usted escoja.
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si usted ya no es ciudadano o nacional, o no ciudadano elegible de Estados Unidos
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos con receta

- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad en nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si continuamente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
  - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura para medicamentos.

Si tiene preguntas o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los miembros al 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud, a menos que ya no tenga una condición requerida para la inscripción en MCS Classicare Primero (HMO C-SNP)

En la mayoría de los casos, MCS Classicare Primero (HMO C-SNP) no puede pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud. El único momento en el que podemos hacer esto es si ya no tiene la condición médica requerida para la inscripción en MCS Classicare Primero (HMO C-SNP).

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o

una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones 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 podría afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen Planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o a un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en HHS.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182). Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), MCS Classicare Primero (HMO C-SNP), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que el Secretario ejerce conforme a las regulaciones de 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 no discriminación bajo Sección 1557 de la Ley de cuidado de salud de bajo costo.

MCS Advantage, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad (incluyendo proficiencia limitada de inglés y del lenguaje primario), sexo (consistente con el alcance de discriminación por sexo según descrito en § 92.101(a)(2)), edad o discapacidad.

MCS Advantage, Inc.:

- Proporciona modificaciones razonables para individuos con discapacidades, y ayudas y servicios auxiliares apropiados, incluyendo:
  - Intérpretes calificados para personas con discapacidades
  - Información en formatos alternos (como braile o letra agrandada) gratuitos y de manera oportuna, cuando tales modificaciones, ayudas y servicios son necesarios para asegurar accesibilidad y una oportunidad equitativa de participación a personas con discapacidades.
- Proporciona servicios de asistencia lingüística, incluyendo documentos electrónicos y escritos traducidos e interpretación oral, gratuitos y de manera oportuna, cuando tales servicios son un paso necesario para brindar acceso significativo a una persona con proficiencia limitada del inglés.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, contacte a Servicios para Miembros de MCS Classicare al 1-866-627-8183 (libre de cargos). Nuestro horario de operaciones es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro horario es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182.

Si considera que no le proporcionamos estos servicios o discriminamos de alguna forma por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, nuestro Coordinador de Sección 1557 está disponible para asistirle. Puede presentar una querella en cualquier Centro de Servicio de MCS convenientemente localizados alrededor de la isla, o por correo postal, fax o correo electrónico:

Dirección postal:	MCS Advantage, Inc. Coordinador de Sección 1557 P.O. Box 195429 San Juan, PR 00919-5429
Teléfono:	1-866-627-8183 lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro horario es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.
TTY:	1-866-627-8182
Fax:	787-620-7765
Email:	section1557coordinator@medicalcardsystem.com

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., de manera electrónica a través del Portal para Querellas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de querellas están disponibles en https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html.

Este aviso se encuentra disponible en nuestro sitio web: www.mcsclassicare.com.

SECCIÓN 5 Protecciones al reportar sospecha de fraude, abuso y/o despilfarro

Protecciones al Reportar Sospecha de Fraude, Abuso y/o Despilfarro (“Whistleblower Protections”)

MCS cumple con las regulaciones federales y estatales que establecen que cualquier persona y/o entidad debe reportar cualquier sospecha de fraude, abuso y/o despilfarro que identifique contra el Programa de Medicare y/o Medicaid. MCS en cumplimiento con las regulaciones federales y estatales, incluyendo la Ley de Reclamaciones Falsas, protege de cualquier tipo de represalias a toda persona que reporte de buena fe una sospecha de fraude, abuso y/o despilfarro.

Es importante que refiera a MCS cualquier situación donde usted identifique que sus servicios de salud se están y/o se puedan ver afectados por identificar y/o reportar cualquier sospecha de fraude, abuso y/o despilfarro a MCS y/o alguna agencia federal y/o local.

Ejemplos de potencial fraude, despilfarro y/o abuso pueden ser:

- Cualquier servicio facturado a MCS por un proveedor, hospital y/o facilidad que no haya sido recibido.
- Alguien usa tu tarjeta de Medicare para obtener prescripciones médicas, suplidos o equipo sin tu autorización.
- Alguien factura por equipo médico después que el equipo fue devuelto y/o no fue recibido por ti.
- Una farmacia factura un medicamento que no recibiste.

Reporta a MCS

Recuerde que puede reportar cualquier situación real o potencial de incumplimiento, explotación financiera, fraude, abuso y/o despilfarro a través de nuestras líneas de reportes confidencial ACTright en nuestra página de Internet: https://mcsclassicare.com/es/Paginas/fraude-y-abuso.aspx; correo electrónico: mcscompliance@medicalcardsystem.com; y línea confidencial: 1-877-MCS-0004 (1-877-627-0004).

Esta línea confidencial permite que reportes casos de forma anónima y confidencial. Nosotros haremos todos los esfuerzos para mantener la confidencialidad. Sin embargo, si es necesario que una agencia de orden público sea involucrada, es posible que no podamos garantizar la confidencialidad. Le informamos que MCS no tomará alguna acción contra ti por informar de buena fe una situación de potencial fraude.

También puedes reportar casos de potencial fraude médico o de medicamentos prescritos a la entidad contratada por Medicare para el Programa de Integridad (“Medicare Drug Integrity Contractor”) al 1-877-7SafeRx (1-877-772-3379) o directamente al Programa de Medicare al 1-800-633-4227. El número de fax de Medicare es 1-717-975-4442 y su página web es medicare.gov.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

Administrador de beneficios de medicamentos con receta o Administrador de beneficios de farmacia (Pharmacy Benefit Manager, PBM) – Son terceros que administran programas de medicamentos con receta. Son los principales responsables de procesar y pagar las reclamaciones de medicamentos con receta. También son responsables de desarrollar y dar mantenimiento al formulario de medicamentos, establecer contratos con farmacias y negociar descuentos y rebajas con los fabricantes de medicamentos.
Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también se incluye, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan de manera permanente.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios y/o ciertos medicamentos basados en criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales acerca del potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte "**Biosimilar intercambiable**").

Cancelar o cancelación de la inscripción: es el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días y de manera contínua en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero registrado o un médico.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro se espera que no exceda las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es requerido que pague como su parte del costo del servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro – Un monto que se le podría requerir que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como la parte que le corresponde del costo por servicios o medicamentos con receta.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un

suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago por un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en nuestro plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de $1 por día.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro debe pagar al recibir servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir servicios o medicamentos; 2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar 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 para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, brindado por personas que no tienen habilidades o preparación profesional, incluye ayudar con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Dispositivos ortésicos y protésicos: dispositivos médicos que incluyen, pero no se limitan a, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto),

una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que se agrava rápidamente.

Equipo de atención médica – Un equipo de atención médica puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud que le ayudarán a recibir la atención que necesita. Su equipo de atención médica también le ayuda a elaborar un plan de atención.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que empieza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado $2,400 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D y para medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Etapa de cobertura inicial – Esta es la etapa después de que usted paga su deducible (si tiene alguno) y antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen el monto umbral que paga de su bolsillo.

Evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA) – Una revisión de su historial médico y estado de salud actual. Se utiliza para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

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 o 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 le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación del saldo – Cuando un proveedor (como un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto de costo compartido permitido de nuestro plan. Como miembro de MCS Classicare Primero (HMO C-SNP), solo tiene que pagar los montos del costo compartido de nuestro plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o

cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que nuestro plan indica que usted debe pagar.

Farmacia de la red: Una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o una aplicación informática en la que las personas inscritas pueden buscar información completa, correcta, oportuna, clínicamente apropiada, del formulario y de beneficios específica para las personas inscritas. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del formulario que se pueden utilizar para la misma condición de salud que un medicamento dado y las restricciones de cobertura (Autorización previa, Tratamiento escalonado, Límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que brinda un trato especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límite que paga de su bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos para ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la FDA, por tener el (los) mismo(s) ingredient(es) activo(s) que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y suele costar menos.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D por el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicare Original (**Medicare tradicional** o **pago por servicio de Medicare**)**:** Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que a usted le corresponde. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

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

Médico de atención primaria (PCP): su médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) : si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo que usted paga de su bolsillo – El monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y de la Parte B. Los montos que usted paga por sus Primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual del plan por la cobertura para medicamentos de Medicare si se queda sin una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco (5) niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) – Un grupo de médicos en ejercicio y expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período abierto de inscripción: el período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud, o elegir Medicare Original.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Medicare Original mide su uso de los servicios del centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el centro de atención de enfermería especializada después

de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original en 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 inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Período especial de inscripción: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud o de medicamentos o volver a Medicare Original. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Persona con doble elegibilidad: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de atención – Un plan que establece qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Su plan podría incluir servicios médicos, servicios para la salud conductual.

Plan de necesidades especiales de atención crónica (C-SNP): los C-SNPs son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles a Medicare Advantage que tienen enfermedades crónicas y severas específicas.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como quienes poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que es 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 inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de Costo de Medicare, los de Necesidades Especiales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan 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 de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman planes **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *periodos sin cobertura* de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio justo máximo: el precio negociado por Medicare para un medicamento selecto.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y que funciona como la comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Producto biológico: un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células de los animales, células de las plantas, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por eso las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Programa de descuentos del fabricante: un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM): Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a las personas que cumplen con determinados requisitos o que están en un Programa de control de medicamentos. Los servicios de MTM usualmente incluyen una discusión con un farmacéutico o proveedor de atención médica para la revisión de los medicamentos.

Proveedor de la red: proveedor es el término general que usamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los llamamos **proveedores de la red** cuando tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los beneficiarios de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Queja- el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelaciones.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluída alguna queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

Referido: una orden escrita de su médico de atención primaria para que usted acuda donde un especialista o para obtener determinados servicios médicos. Sin un referido, nuestro plan podría no pagar los servicios proporcionados por un especialista.

Servicios cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales, o auditivos, que podría ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (para pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una emergencia es un servicio de urgencia necesario si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, teniendo en cuenta el momento, el lugar y las circunstancias, para obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia necesarios son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de condiciones existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias a proveedores, como las revisiones anuales, no se consideran necesariamente urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.

Servicios para los miembros – un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Servicios preventivos – Servicios de atención médica que le ayudan a mantenerse saludable, detectar problemas de salud tempranos, determinar cuáles tratamientos son los más eficaces, y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, análisis de laboratorio y pruebas de detección. También incluyen programas de supervisión de salud, y asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar de su propia salud.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte Ayuda adicional.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su condición médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Servicios para los miembros de MCS Classicare Primero (HMO C-SNP)

Método	Servicios para los miembros : información de contacto
Llame al	1-866-627-8183 Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre. Servicios para los miembros 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182) también ofrece un servicio gratuito de interpretación disponible para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-866-627-8182 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	787-620-1337
Escriba a	MCS Advantage, Inc. Servicio para los miembros PO BOX 191720 San Juan, PR 00919-1720
Sitio web	www.mcsclassicare.com

Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud (SHIP: State Health Insurance Assistance Program)

Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud (SHIP: State Health Insurance Assistance Program) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el fin 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	1-877-725-4300 (Área Metropolitana) 1-800-981-0056 (Área de Mayagüez) 1-800-981-7735 (Área de Ponce)
TTY	1-787-919-7291

Método	Información de contacto
	Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada de Puerto Rico PO Box 191179 San Juan, PR 00919-1179 shippr@oppea.pr.gov
Sitio web	https://www.oppea.pr.gov

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