Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura

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

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

Si tiene preguntas acerca de este documento, comuníquese a nuestro Centro de Llamadas al 1-866-627-8183 (Libre de cargos), 787-620-2530 (Area métro). (Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-866-627-8182). Atendemos 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. La llamada es gratis.

MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) – Región 1 - está disponible solo para los afiliados que viven en esta área de servicio del plan, la cual incluye estos municipios: Aguada, Aguadilla, Añasco, Arecibo, Camuy, Hatillo, Isabela, Mayagüez, Moca, Quebradillas, Rincón, San Sebastián y Utuado.

Por favor note, este plan tiene acceso a la red de proveedores en todo Puerto Rico.

Este plan, MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-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 Platino Máximo (HMO D-SNP)).

Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.

Esta información está disponible en diferentes formatos, incluyendo letra agrandada, braille y audio CD. Por favor llame a nuestro Centro de Llamadas 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 2025.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios

OMB Approval 0938-1051
(Expires: February 29, 2024)

con al menos 30 días de anticipación.

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

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

Evidencia de cobertura de 2024

Índice

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro 8

SECCIÓN 1 Introducción 8

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 10

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá 11

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) 13

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 16

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado registro de miembro del plan 16

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 17

Capítulo 2 *Números de teléfono y recursos importantes* 20

SECCIÓN 1 Contactos de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con nuestro Centro de Llamadas) 20

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) 27

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (Ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 30

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad 31

SECCIÓN 5 Seguro Social 32

SECCIÓN 6 Medicaid 33

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 35

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios 36

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador? 37

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos 39

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan 39

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios 41

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en caso de una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 47
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios? 50
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica? 51
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 53
SECCIÓN 7 Normas para la posesión del equipo médico duradero 54

Capítulo 4 Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) 57
SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos ... 57
SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar 58
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP)? 142
SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 142

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D 147
SECCIÓN 1 Introducción 147
SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 148
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan 150
SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 152
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? 154
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 156
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 158
SECCIÓN 8 Obtener un medicamento con receta 159
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 160
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 162

Capítulo 6 *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D* 166
SECCIÓN 1 Introducción 166
SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de los medicamentos” en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento 169

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra ... 169
SECCIÓN 4 No hay deducible para MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) ... 171
SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte ... 171
SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del período sin cobertura ... 174
SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga todos los costos de sus medicamentos ... 174
SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene ... 174

Capítulo 7 *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos* ... 178

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos ... 178
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió ... 180
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y la aceptaremos o no ... 181

Capítulo 8 *Sus derechos y responsabilidades* ... 184

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales como miembro del plan ... 184
SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan ... 198

Capítulo 9 *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* ... 201

SECCIÓN 1 Introducción ... 201
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada ... 201
SECCIÓN 3 Cómo entender el proceso de quejas y apelaciones ante Medicare y Medicaid de nuestro plan ... 202
SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones ... 203
SECCIÓN 5 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones ... 203
SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura ... 207
SECCIÓN 7 Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación ... 218
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto ... 228

SECCIÓN 9 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 235

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 241

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes..... 244

Capítulo 10 *Cancelación de su membresía en el plan* 250

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan..... 250

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 250

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 253

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan..... 255

SECCIÓN 5 MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 255

Capítulo 11 *Avisos legales*..... 259

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 259

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación..... 259

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 259

SECCIÓN 4 Aviso para informar al público sobre los requisitos de accesibilidad y no discriminación 260

SECCIÓN 5 Protecciones al reportar sospecha de fraude, abuso y/o despilfarro..... 260

Capítulo 12 *Definiciones de palabras importantes*..... 263

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado ("Plan de necesidades especiales")

Usted tiene cobertura por ambos, Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es 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 (insuficiencia renal permanente).
- **Medicaid** es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar las primas de Medicare y otros costos. Otras personas también reciben cobertura para servicios adicionales y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los gastos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan difieren de los de Medicare Original.

MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un “Plan de necesidades especiales” de Medicare Advantage), significa que sus beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) está diseñado específicamente para las personas que tienen Medicare y que tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que usted recibe ayuda de Medicaid para el costo compartido de la Parte A y B de Medicare (copagos y coseguro) es posible que no pague nada por los servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también puede ofrecer otros beneficios al cubrir servicios de atención médica y medicamentos con receta que, por lo general, no cubre Medicare. Es posible que también reciba “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de los medicamentos con receta de Medicare. MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) le ayudará a administrar todos estos beneficios, de manera que reciba los servicios de atención de la salud y la ayuda con los pagos a los que tiene derecho.

MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) está administrado por una compañía privada. Como todos los planes Medicare Advantage, este plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa de Medicaid de Puerto Rico para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle cobertura médica de Medicare y Medicaid, incluida la cobertura para medicamentos con receta.

La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act,

ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto *Evidencia de cobertura*?

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

Las palabras "cobertura" y "servicios cubiertos" se refieren a la atención médica y servicios, así como a los medicamentos con receta que están a su disposición como miembro de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP).

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Lo alentamos a que dedique algo de tiempo para leer este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido o preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con nuestro Centro de Llamadas.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP), desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2024. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y Medicaid (Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico) debe aprobar MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan. Cada año su plan también es aprobado por la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico para ofrecerle sus beneficios de Medicaid.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

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

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare
- *y* -- usted viva en nuestra área geográfica de servicio (Sección 2.3 que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- *y* -- sea ciudadano estadounidense o se encuentre legalmente en los Estados Unidos.
- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades especializadas de las personas que reciben ciertos beneficios de 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.) Para ser elegible para nuestro plan, usted debe ser elegible tanto para Medicare como Medicaid.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde la elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la vuelva a obtener dentro de seis (6) mes(es), entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período de supuesta elegibilidad continua).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos de Medicaid a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide lo que se considera como ingreso y recursos, quién es elegible, qué servicios se cubren y el costo de los servicios. Los estados también deciden cómo administrar sus programas siempre y cuando cumplan las pautas federales.

Sección 2.3 Esta es el área de servicio para MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP)

MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos municipios en Puerto Rico: Aguada, Aguadilla, Añasco, Arecibo, Camuy, Hatillo, Isabela, Mayagüez, Moca, Quebradillas, Rincón, San Sebastián y Utuado.

Por favor note, este plan tiene acceso a la red de proveedores en todo Puerto Rico.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Por favor, comuníquese a nuestro Centro de Llamadas para ver si tenemos un plan en su nueva área. Al mudarse, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponibles en su nueva ubicación.

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

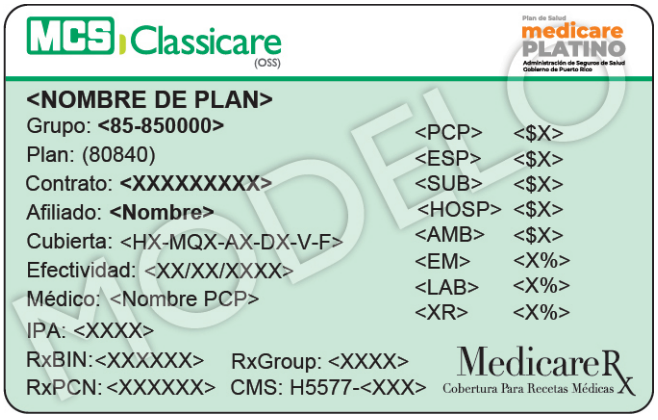
Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

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

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan

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





NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en vez de la tarjeta de membresía de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP), es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por

Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a nuestro Centro de Llamadas para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores de la red y los proveedores de equipo médico duradero actuales. El Directorio de proveedores y farmacias también enumera nuestros proveedores de Medicaid participantes. **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.

Es importante que utilice a los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones incluyen emergencias, 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 Platino Máximo (HMO D-SNP) autorice el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores y suplidores está disponible en nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una (en formato electrónico o impreso) a través de nuestro Centro de Llamadas. Solicitudes de los Directorios de proveedores y farmacias en físico se le enviarán por correo en tres días hábiles de negocio.

Sección 3.3 Directorio de proveedores y farmacias

El Directorio de proveedores y farmacias enlista nuestras farmacias de la red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestros planes. Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no se encuentran en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia a través de nuestro Centro de Llamadas. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com.

Sección 3.4 La Lista de medicamentos cubiertos *(Formulario)* del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP). El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos

de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP).

La Lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.mcsclassicare.com) o llamar a nuestro Centro de Llamadas.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima de plan mensual por separado para MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Está requerido que algunos miembros paguen otras primas de Medicare

Nuestro plan tendrá una reducción de $100 en su prima mensual de la Parte B de Medicare en este año contractual.

Está requerido que algunos miembros paguen otras primas de Medicare. Como está explicado en la Sección 2 anteriormente, para ser elegible en nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para Medicaid, y también tener tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP), Medicaid paga por su prima de la Parte A (si usted no cualifica para esto automáticamente) y por su prima de la Parte B.

Si Medicaid no está pagando por sus primas de Medicare, usted tiene que continuar pagando sus primas de Medicare para continuar como miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También podría incluir una prima de la Parte A que afecta los miembros quienes no son elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Dado que usted tiene eligibilidad doble, la multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) no

se aplica mientras mantenga su condición de eligibilidad doble, pero si pierde su estatus de elegibilidad dual puede incurrir en dicha multa. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en cualquier momento, una vez finalizado su periodo de inscripción inicial, hay un periodo de 63 días o más seguidos en los que no tuvo la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. "Cobertura para medicamentos con receta 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 con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la parte D u otra cobertura acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Usted **no** tendrá que pagar si:

- Recibe la "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha estado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como de parte de un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su seguro o su departamento de recursos humanos le comunicarán cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Esta información puede enviarse por carta o incluirse en un boletín del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en el futuro.
    - **Nota**: La notificación debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos con receta "acreditable" cuya cobertura se espera que pague tanto como el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
    - **Nota**: Lo siguiente no califica como cobertura de medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. El procedimiento es el siguiente:

- Primero, cuente el número de meses completos que se retrasó en la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para inscribirse. O bien, cuente el número de meses completos que no tuvo una cobertura acreditable de medicamentos con receta, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La sanción es del 1% por cada mes que no haya tenido una cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura la sanción será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual media de los planes de medicamentos de Medicare a nivel nacional del año anterior. Para 2024, el monto promedio de la prima es de $34.70.
- Para calcular la multa mensual, se multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual media y luego se redondea a los 10 centavos más próximos. En este ejemplo, sería el 14% por la prima básica de beneficiario de $34.70, que equivale a $4.86. Esto se redondea a $4.90. Esta cantidad se añadiría **a la prima mensual de alguien con una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes que hay que tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- En primer lugar, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.

- En segundo lugar, **seguirá pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y recibe actualmente los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará sólo en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial en Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba indicando que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

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

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros tengan que pagar un monto adicional, conocido como 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 a partir de los ingresos brutos ajustados modificados que figuran en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si esta cantidad es superior a una cantidad determinada, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le informará de cuánto 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, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su incripción al plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con el pago de un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

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

No. No podemos cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la debe, o que tenga que empezar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa de "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa de "Ayuda adicional" durante el año:

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

En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de "Ayuda adicional".

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan incluido su Proveedor de Atención Primaria (PCP) y Asociación de Prácticas Independientes (Independent Physician Association, IPA).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de 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 nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyugue o pareja de hecho, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un asilo de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).

- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota**: no está obligado a informarle a su 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 de esta información, llame a nuestro Centro de Llamadas.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Cualquier otro seguro que tenga

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

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a nuestro Centro de Llamadas. Es posible que tenga que presentar a sus otros seguros su número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

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

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

un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.

- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP)
(cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con nuestro Centro de Llamadas)

Cómo puede ponerse en contacto con el Centro de Llamadas del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Centro de Llamadas de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Centro de Llamadas – información de contacto
LLAME AL	1-866-627-8183 Las llamadas a este número son gratuitas. 787-620-2530 (Área Metro) Las llamadas a este número *no* 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. Nuestro Centro de Llamadas también ofrece un servicio gratuito de interpretación 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. Centro de Llamadas PO BOX 191720 San Juan, PR 00919-1720
SITIO WEB	www.mcsclassicare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre 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 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Decisiones de cobertura sobre atención médica – información de contacto
LLAME AL	787-620-2530 (Área Metro) Las llamadas a este número *no* son gratuitas. 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 comunicarse con nosotros para 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 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Apelaciones sobre la atención médica – información de contacto
LLAME AL	787-620-2530 (Área Metro) Las llamadas a este número *no* son gratuitas. 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	www.mcsclassicare.com

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica

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

Método	Quejas sobre la atención médica – información de contacto
LLAME AL	787-620-2530 (Área Metro) Las llamadas a este número *no* son gratuitas. 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 Platino Máximo (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D – información de contacto
LLAME AL	787-620-2530 (Área Metro) Las llamadas a este número *no* son gratuitas. 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	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 puede comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D – información de contacto
LLAME AL	787-620-2530 (Área Metro) Las llamadas a este número *no* son gratuitas. 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	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 puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de nuestras 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. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D – información de contacto
LLAME AL	787-620-2530 (Área Metro) Las llamadas a este número *no* son gratuitas. 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 Platino Máximo (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

Si usted ha recibido una factura o ha pagado servicios (como la factura de un proveedor) que usted considera que debemos pagar, es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un proveedor, consulte el Capítulo 7 *(Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos)*.

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

Método	Solicitudes de pago – información de contacto
LLAME AL	787-620-2530 (Área Metro) Las llamadas a este número *no* son gratuitas. 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	787-620-1337
ESCRIBA A	MCS Advantage, Inc. Departamento de Reclamaciones PO BOX 191720 San Juan, PR 00919-1720
SITIO WEB	www.mcsclassicare.com

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

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

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

Método	Medicare – información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 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.

Método	Medicare – información de contacto
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y asuntos médicos actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad a Medicare e inscripción con las siguientes herramientas: • **Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare):** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare):** brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un valor *estimado* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP): • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede de presentar una queja sobre MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para solicitarle la infomación que usted está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

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

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Puerto Rico, el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud es un programa estatal independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal independiente 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 entender sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud también pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA TENER ACCESO AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite https://www.shiphelp.org/ Haga clic en SHIP LOCATOR en el medio de la página.
- Puede elegir su ESTADO (STATE) de la lista. Esto lo llevará a una página que tiene los números de teléfono y recursos especificos de su estado.

Método	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	787-919-7291 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

Método	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP de Puerto Rico) – Información de contacto
SITIO WEB	https://agencias.pr.gov/agencias/oppea/educacion/Pages/ship.aspx

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. En Puerto Rico, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta, LLC.

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

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

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

Método	Livanta, LLC (Organización para la mejora de la calidad de Puerto Rico) – información de contacto
LLAME AL	787-520-5743 1-866-815-5440 (libre de cargos) 1-855-236-2423 (fax) Lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Sábado y domingo de 11:00 a.m. a 3:00 p.m. Mensajes de voz disponible las 24 horas.
TTY	1-866-868-2289 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Método	Livanta, LLC (Organización para la mejora de la calidad de Puerto Rico) – información de contacto
ESCRIBA A	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	https://www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar 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 dichos cambios.

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

SECCIÓN 6 Medicaid

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

En Puerto Rico, los planes que combinan los beneficios de Medicaid y Medicare se llaman planes Medicare Platino. MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales con elegibilidad dual bajo Medicare Platino. Dado a que integra los beneficios de Medicaid y Medicare, usted normalmente tiene costos compartidos bajos por servicios y medicamentos recetados, solo utiliza una tarjeta de miembro para acceder a servicios y no necesita referidos para especialistas dentro del mismo grupo médico, entre otros beneficios que no tienen los planes no Platino.

Para tener un plan Platino, usted debe ser un miembro con elegibilidad dual - Medicaid y Medicare - tiene que tener Medicare Parte A y Parte B, y tiene que tener Medicaid en Puerto Rico. Nuestro plan tiene que ser aprobado por la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) y por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Si pierde su elegibilidad a Medicaid, no tendrá los beneficios de un plan Platino y no podrá continuar como miembro de nuestro plan. Estará en el plan por seis meses, comenzando el mes siguiente al que sepamos que ya no está certificado por Medicaid. Si no quiere perder su elegibilidad a Medicaid, debe llamar a su oficina de Medicaid inmediatamente para solicitar una cita para ser recertificado y no perder sus beneficios de Platino.

Si no es recertificado por Medicaid al final de los seis meses, tendrá un periodo especial de afiliación en el cual podrá elegir otro plan de salud de MCS Classicare o un plan Medicare Advantage de otra compañía. Si no elige un plan, solo tendrá la cobertura de Medicare Original. Con Medicare Original deberá obtener una cubierta de medicamentos recetados (Parte D de Medicare) por separado; si no obtiene cubierta de Parte D durante el periodo especial de afiliación, puede que tenga que pagar una penalidad por afiliación tardía en el futuro.

Estaremos en contacto con usted durante el período de gracia de seis meses para ayudarle a entender el proceso si pierde su elegibilidad a Platino, y para ayudarle a entender la importancia de no perder sus beneficios de Platino.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, contácte al Programa Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico.

Método	Departamento de Salud de Puerto Rico - Programa Medicaid – información de contacto
LLAME AL	787-641-4224 Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m

Método	Departamento de Salud de Puerto Rico - Programa Medicaid – información de contacto
TTY/TDD	787-625-6955 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Programa de Medicaid Departamento de Salud de Puerto Rico PO BOX 70184 San Juan, PR 00936-8184 prmedicaid@salud.pr.gov
SITIO WEB	https://www.medicaid.pr.gov/

También puede comunicarse con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico al 1-800-981-2737 o escribir a la siguiente dirección: P.O. Box 195661 San Juan, P.R. 00919-5661.

La Oficina del Procurador del Paciente de Puerto Rico ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas relacionados con servicios o facturación. Pueden ayudarlo a presentar una queja o apelación ante el plan.

Método	Oficina del Procurador del Paciente de Puerto Rico – información de contacto
LLAME AL	787-977-0909 1-800-981-0031 lunes a viernes de 8:00 a.m a 4:30 p.m.
TTY	787-710-7057 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Oficina del Procurador del Paciente de Puerto Rico PO Box 11247 San Juan PR 00910-2347 info@opp.pr.gov

Método	Oficina del Procurador del Paciente de Puerto Rico – información de contacto
SITIO WEB	http://www.opp.pr.gov

La Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de convalecencia y a resolver problemas entre los hogares de convalecencia y los residentes o sus familiares.

Método	Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada – Información de contacto
LLAME AL	787-721-6121 Área Metropolitana 787-986-7105 Área de Mayagüez 787-841-1180 Área de Ponce
TTY	787-919-7291 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada PO BOX 191179 San Juan, PR 00919-1179
SITIO WEB	www.oppea.pr.gov

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

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

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

La mayoría de nuestros miembros cualifican y están recibiendo la “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos recetados.

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

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia del costo compartido para medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia de Seguros Médicos (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 de manera que usted pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o sobre cómo incribirse al programa, llame al 787-765-2929, exts. 5106, 5136, 5137 o 5149.

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la 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.

Método	Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0,” podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si presiona “1”, podrá 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.

Método	Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto
SITIO WEB	rrb.gov/

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

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

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

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

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

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica y otros servicios están cobertura por parte de nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

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

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los 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 con un proveedor de la red, usted no paga nada o solo la parte que le corresponde del costo del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios para el cuidado de la salud, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta se presentan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener cobertura de atención médica y otros servicios de su plan

Como un plan de salud de Medicare y Medicaid, MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y puede ofrecer otros servicios además de aquellos cubiertos por Medicare Original. Consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4 en la sección titulada "Beneficios cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico".

MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa

que los medicamentos, servicios, suministros o equipos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá aprobarlo por adelantado antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una remisión. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
    - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la autorización previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. *Existen tres excepciones:*
    - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
    - Si necesita recibir atención médica que Medicare o Medicaid exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que usted pagará normalmente dentro de la red. Antes de recibir cuidado, contacte al plan para saber si el servicio requiere coordinación o preautorización. En este caso, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
    - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o accessible temporalmente. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis jamás puede exceder el costo compartido de Medicare Original. Si usted está fuera del área de servicio de la red y obtiene servicios de diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder a lo que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor usual que forma parte de la red no está disponible temporalmente y usted elige que los servicios se proporcionen dentro del área de servicio por un proveedor que está fuera de la red del plan, el costo compartido por la diálisis podría ser mayor.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios

Sección 2.1 Usted debe elegir a un Proveedor de atención primaria (PCP) para que 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. Cada PCP pertenece a un Grupo Médico Primario o Associacón de Práctica Independiente (IPA, Independent Practice Association). Una IPA es una organización de médicos independientes, o grupos de médicos primarios, quienes han contratado con nosotros para ofrecer servicios médicos cubiertos. La IPA es también responsable de proveerle servicios de cuidado coordinado.

¿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)

Bajo ciertas circunstancias, otros tipos de especialistas pueden ser su médico de cuidado primario. Comuníquense con el plan para más detalles.

El rol del PCP en su plan

Su PCP es responsable de proveer evaluación, tratamiento y coordinación de servicios médicamente necesarios para su cuidado 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 Comprensiva de Salud Anual (CHRA, por sus siglas en inglés). En este cuestionario, su PCP detalla todos los asuntos relacionados a su salud, incluyendo el examen físico realizado, la evaluación completa de sus condiciones, su historial médico, revisión de medicamentos recetados, cuidado preventivo, entre otras. Esta evaluación ayudará al PCP a determinar 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 necesitará un referido de su PCP para recibir tratamiento de la mayoría de los especialistas de la red, sin embargo, hay ciertas excepciones. Vea la sección 2.2 para detalles.

¿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 Centro de Llamadas 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 de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP. Cambiar su PCP no afectará los servicios que recibe de especialistas de la red y otros profesionales de la salud que usted puede usar.

Para cambiar su PCP, llame a nuestro Centro de Llamadas al número de teléfono que aparece en la contraportada de este folleto. Cuando llame, asegúrese de decirle al representante de nuestro Centro de Llamadas si está visitando especialistas o recibiendo otros servicios cubiertos que necesitan la aprobación de su PCP. El representante de nuestro Centro de Llamadas se asegurará de que usted pueda continuar con el cuidado especializado y otros servicios que ha estado recibiendo al cambiar su PCP. Su información se actualizará y el cambio será efectivo el día 1ro del mes siguiente. En ciertos casos, usted puede solicitar que cambiemos su PCP de manera expedita. Además, puede hacer el cambio visitando 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 del día en que el plan terminó o el proveedor canceló su contrato. Ciertas excepciones pueden aplicar.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir si no obtiene una remisión de su PCP?

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una autorización por adelantado de su proveedor de atención primaria (PCP).

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de

control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red

- Vacunas antigripales, vacunas contra COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no sea posible comunicarse con ellos temporalmente o cuando la persona inscrita se encuentre fuera del área de servicio del plan. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben necesitarse de inmediato y ser médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área del plan. Si es posible, llame a nuestro Centro de Llamadas antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.
- Si su PCP le envía a cualquier especialista que se encuentre dentro de su grupo médico primario o está contratado con el mismo (el especialista tiene que enviar a su PCP un informe sobre los servicios que le prestó). Sin embargo, los servicios de especialistas fuera de su grupo de cuidado primario o IPA requieren referido de su PCP. Lea más adelante para las excepciones.
- Servicios recibidos durante una hospitalización y transición del paciente interno a otras instituciones (estas instituciones pueden incluir agencias de atención médica a domicilio, hospitales y centros de atención de enfermería especializada)
- Una receta escrita por el especialista que lo está atendiendo
    - Los medicamentos bioequivalentes son obligatorios
- Laboratorios patológicos y la mayoría de los servicios radiológicos convencionales (servicios sin contraste)
- Visitas y servicios provistos en oficina de Ginecólogo/Obstetra o Urólogo
- Si es diagnosticado con una de las siguientes condiciones crónicas o especiales, puede acceder al médico que le brinda tratamiento y servicios relacionados sin necesidad de un referido de su PCP. Por favor refiérase a la sección 2.3 para detalles.
    - VIH/SIDA
    - Tuberculosis
    - Lepra
    - Lupus Sistémico Eritematoso (SLE, por sus siglas en inglés)
    - Fibrosis Quística
    - Cáncer
    - Hemofilia

- ESRD - Niveles 3, 4 y 5
- Esclerosis Múltiple
- Escleroderma
- Hipertensión Pulmonar
- Anemia aplásica
- Artritis Reumatoidea
- Autismo
- Cáncer de la piel
- Cáncer de la piel – carcinoma IN SITU
- Cáncer de la piel: melanoma invasivo o células escamosas con evidencia de metástasis
- Adultos con Fenilcetonuria
- Hepatitis C Crónica
- Insuficiencia cardiaca congestiva (CHF, por sus siglas en inglés) Clase III y IV NHHA en un candidato potencial para trasplante de corazón
- Discinesia Ciliar Primaria (DCP)
- Enfermedad Intestinal Inflamatoria (EII): Enfermedad de Chron, Colitis Ulcerativa y Colitis Microscópica
- Reclusión en el hogar - Si está recluido en el hogar porque su condición de salud no le permite salir de su hogar sin ayuda, no es medicamente recomendado, o salir de su hogar implica un esfuerzo considerable. Usted debe inscribirse en el Registro de Condiciones Especiales de MCS Classicare y debe completar la solicitud titulada Certificación de Registro *Homebound*. Estas solicitudes serán evaluadas por un profesional de la salud cualificado y aprobado por MCS Classicare. Por favor refiérase a la sección 2.3 para detalles.

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

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

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

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

Su PCP le referirá tratamiento especializado basado en la necesidad médica. Ellos van a completar un formulario de referido para que vea a un especialista u otros proveedores de la red. Si usted visita a un especialista dentro de la red de proveedores de cuidado coordinado sin haber obtenido un referido de parte de su PCP, usted podría tener que pagar por los servicios prestados.

Por favor note: Cambiar su PCP no afectará los servicios que recibe de especialistas de la red y otros

profesionales de la salud que usted puede usar.

Condiciones especiales - proceso de registro

Si usted es diagnosticado con una de las condiciones especiales o crónicas mencionadas en la sección 2.2 su PCP, en colaboración con el especialista en el tratamiento, tendrán que solicitarnos que le incluyamos en el Registro de Condiciones Especiales. Este es el proceso:

1. Su PCP o especialista tiene que identificar que su condición es elegible para el registro.
2. Su PCP o especialista tiene que enviar el Formulario de Solicitud de Registro informando el nombre del especialista que atenderá su condición especial junto con la información médica que apoya el diagnóstico de la condición especial o crónica al fax de MCS Classicare al: 787-622-2436.
3. Evaluaremos la solicitud dentro de 5 días laborables de haber recibido la misma, para determinar si está completa.
4. Si la información está completa, procesaremos la solicitud en o antes de 30 días laborables. Si la solicitud inicial no está completa, le solicitaremos la información necesaria a su PCP o especialista.
5. Usted recibirá una Carta de Certificación de Registro Especial por correo que certifica que usted tiene una condición especial elegible.

Algunos servicios requieren preautorización (PA) del plan

Hay ciertos servicios que requieren preautorización de su plan. Los beneficios que requieren preautorización y referidos se mencionan en el Sección 2.1 del Capítulo 4 de este manual.

Cómo solicitar una preautorización

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

- Orden escrita del médico que especifique el servicio o procedimiento requerido, incluyendo:
  - Fecha de emisión de la orden
  - Descripción y código del diagnóstico y el código del procedimiento
  - Nombre del afiliado
  - Número de contrato del afiliado
  - Código ICD-10 y/o descripción del diagnóstico
  - Código de servicio del procedimiento
  - 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
  - Referidos

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

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir a un nuevo proveedor.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a este proveedor durante los últimos tres años.
  - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si usted está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de dicho proveedor o si lo ha consultado durante los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado de la red para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente se está realizando un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario o las terapias que está recibiendo no se interrumpan.
- Le informaremos acerca de los diferentes periodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que tiene para cambiar de plan.
- Le ayudaremos a obtener cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido de la red, cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o no sea adecuado para sus necesidades médicas. Puede requerir preautorización.
- Si se entera de su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos

ayudarle 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 se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para el mejoramiento de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), un reclamo sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambos. 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 Platino Máximo (HMO D-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 cubiertos en caso de una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre

Sección 3.1 Obtener atención en caso de una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué hacer en caso de tener una?

Una **emergencia médica** ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata

para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener primero la aprobación o una remisión de su proveedor de atención primaria (PCP). No necesita usar un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Puede llamar a nuestro Centro de Llamadas (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

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

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

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. 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 de salud y las circunstancias lo permitan. Sin embargo, en la mayoría de los casos, nuestro plan puede no cubrir su cuidado de seguimiento si lo obtuvo de proveedores fuera de la red o fuera del área de servicios del plan. Ciertas excepciones pueden aplicar. Vea también la Sección 2.4 en este capítulo. Por favor, contacte al plan para detalles.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

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

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

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que *no* era una emergencia, cubriremos la atención

adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

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

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

¿Qué son los servicios de urgencia?

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

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.

¿Qué sucede si se encuentra <u>fuera</u> del área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Cuando usted está fuera del área de servicio y no puede obtener la atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos y sus territorios en 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, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que se agrava rápidamente.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web: www.mcsclassicare.com para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

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

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los servicios cubiertos

Si pagó más de lo que le correspondía pagar por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué debe hacer.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?

MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que recibe después de haber agotado su 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 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un *ensayo clínico*) es una manera que tienen los 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 típicamente solicitan que voluntarios participen en el estudio.

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

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, entonces 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. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan ni su PCP lo aprueben tampoco que nos avise. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Esto incluye ciertos beneficios especificados bajo determinaciones de cobertura nacional (NCDs) y ensayos de dispositivos de investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubrimos a los inscritos en Medicare Advantage a través de Medicare Original, le alentamos a informarnos con antelación cuando decida participar en estudios de investigación clínica calificado por Medicare.

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

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

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

- habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio;
- una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación;
- el tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido 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, deberá presentar la documentación que demuestre el monto del costo compartido que ha pagado. En el Capítulo 7 encontrará más información sobre cómo presentar las solicitudes de pago.

> *A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:* supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar $20 como su parte de los costos para este análisis según Medicare Original, pero el análisis sería de $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por el análisis y usted pagaría el copago de $20 requerido por Medicare Original. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, al plan. El plan entonces le pagaría otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe enviar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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

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

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. 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 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?

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

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

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

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

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.

- *Y* debe obtener la autorización del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contario, su estadía no estará cubierta.

El límite de su período de beneficio de cuidado de hospitalización puede aplicar. Por favor, refiérase a la Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga) en el Capítulo 4 para más información.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

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

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP), no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Medicare Original antes de afiliarse a nuestro plan.

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

Si no adquirió el DME en propiedad mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Medicare Original a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que realizó mientras estuvo en nuestro plan no cuentan.

Ejemplo 1: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. Los pagos que hizo a Medicare Original no cuentan.

Ejemplo 2: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. Usted estaba inscrito en nuestro plan, pero no adquirió el artículo en propiedad mientras estuvo en nuestro plan. Más adelante, regresa a Medicare Original. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de inscribirse de nuevo a Medicare Original. Todos los pagos anteriores (ya sea los que hizo mientras estaba en nuestro plan o en Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, MCS Classicare

Platino Máximo (HMO D-SNP) cubrirá lo siguiente:

- alquiler de equipo de oxígeno
- entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si se desafilia de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, el equipo se debe devolver.

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

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno le preste servicios por cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted renta el equipo. Los siguientes 24 meses, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, usted puede optar por permanecer con la misma compañía o cambiarse a otra compañía. En este momento, comienza de nuevo el ciclo de cinco años, incluso si permanece con la misma compañía, usted debe pagar los copagos por los primeros 36 meses. Si usted se inscribe o deja nuestro plan, el ciclo de los cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4

Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.También se detallan los límites para ciertos servicios.

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

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- **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, que se encuentra en la Sección 2, 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, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

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 ?

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, son muy pocos los que alguna vez alcanzan la cantidad máxima de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo a fin de alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos dentro de la red de la Parte A y de la Parte B de Medicare. A este límite se le conoce como monto máximo que se paga por servicios médicos. Para el año calendario 2024 este monto es $3,400.

Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos 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 cuentan 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 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos”

Como miembro de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación de saldos”. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), entonces 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), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene un referido o para emergencias o servicios de urgencia médicamente necesarios).
  - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene un referido, o para emergencias o servicios de urgencia médicamente necesarios).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado saldos”, llame a nuestro Centro de Llamadas.

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios enumera los servicios MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) cubiertos y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura para medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare y Medicaid deben brindarse de conformidad con las pautas de

cobertura establecidas por Medicare y Medicaid.

- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que se trate de atención de emergencia o de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá autorizarlo antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una "remisión".
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse "autorización previa"). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos en cursiva.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Usted recibe cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Medicaid cubre el costo compartido que usted paga por los servicios de Medicare, incluido los costos compartidos por sus medicamentos recetados. Además, Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como la planificación familiar.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su *Medicare & You 2024 (*Medicare y Usted de *2024).* También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando 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.
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la visita la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Este plan incorpora beneficios de Medicare y Medicaid. Sin embargo, los beneficios del Wrap-Around de Platino se detallan en una sección por separado.
- Si se encuentra dentro del período de 6 mes(es) de supuesta elegibilidad continua, seguiremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que se incluyen en el plan estatal de Medicaid, y pagaremos las primas y/o costos compartidos de

Medicare por los cuales el Estado sería responsable. No se modifican los montos de costo compartido de Medicare para los beneficios básicos y suplementarios de Medicare.

Información importante sobre los beneficios para todos los afiliados que participan de los servicios de Planificación de Bienestar y Cuidado de la Salud (WHP, por sus siglas en inglés)

- Debido a que MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) participa de los Servicios de Planificación de bienestar y cuidado de salud (WHP, por sus siglas en inglés), usted será elegible para los siguientes servicios de WHP, incluso los servicios para la planificación de cuidado anticipado (ACP):
  - Nuestros Servicios de Planificación de bienestar y cuidado de salud (WHP) buscan proveerle oportunidades prontas para ayudarle a determinar, junto con su médico de cuidados primarios, la planificación anticipada del cuidado de salud que usted considere importante. MCS Classicare le solicitará, en diferentes momentos, su opinión sobre el nivel de tratamiento y cuidado que usted desee en caso de que usted no pueda tomar estas decisiones por sí mismo. Su cuidador designado también puede participar en este proceso. Su participación es voluntaria y usted es libre de optar por no participar de nuestros servicios en cualquier momento.
  - Nuestro Programa de Manejo de Cuidado también puede realizar una Evaluación Integral de Riesgos de Salud (CHRA, por sus siglas en inglés) para evaluar su estado general de salud. Durante esta evaluación, se le preguntará si conoce acerca de su derecho a aceptar o rechazar el tratamiento. A continuación, presentamos algunos de los temas que su proveedor o administrador de cuidado discutirá con usted como parte del servicio del Servicio de Planificación de bienestar y cuidado de salud:
    - Qué son las directrices anticipadas;
    - Cómo puede incluir una directriz anticipada en su plan de cuidado;
    - Quién puede brindarle ayuda si está interesado en obtener directrices anticipadas e incluirlas en su plan de cuidado;
    - Información sobre cómo las directrices anticipadas y las instrucciones de planificación de cuidado médico se mantienen en sus récords médicos y de manejo de cuidado.
  - Se le informará anualmente sobre sus instrucciones relacionadas a la planificación de su cuidado médico y de Planificación de bienestar y cuidado de salud (WHP) durante su visita anual de bienestar o durante cualquier otro encuentro con su proveedor. Estas visitas son una oportunidad para que usted pueda hacer cualquier cambio a sus directrices anticipadas. Puede comunicarse con su administrador de cuidado para obtener más información sobre las directrices anticipadas o cualquier consideración que usted puede tener relacionada a su planificación del cuidado médico.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
NOTAS: • *El costo compartido está basado en el servicio recibido y el lugar donde se ofrece. Podrá aplicar costo compartido adicional cuando otros servicios sean provistos.* • † = *Costo compartido no cuenta para su máximo de gasto de bolsillo. Vea la Sección 1.2 en este Capítulo.* • *Leyenda para columna titulada: **"Lo que debe pagar"**: $ (copago), % (coseguro). Vea el Capítulo 12 (Definiciones de palabras importantes.)* • *Cubiertas 100, 110, 120 y 130: Si tiene preguntas sobre su elegibilidad a Medicaid y para conocer su nivel de costo compartido, contacte a la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud. Refiérase a la sección 6, capítulo 2 para información sobre cómo comunicarse con la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud.*	
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe un referido de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen: Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para 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 de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está relacionado con una cirugía; y	$0 copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• no está relacionado con un embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros practicantes (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (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 sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR)	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 el plan para obtener más detalles.	$0 de copago †
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, sean para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención, solamente si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. Si los servicios cubiertos de ambulancia no son para una situación de emergencia, deberá estar documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	$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 autorización previa.*
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una visita 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 visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva Bienvenido a Medicare. Sin embargo, no necesita haber realizado una visita 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.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, (incluye 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.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas 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 con una orden del médico. El 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 autorización previa.* $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolau y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una remisión.*
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 el plan para obtener más detalles.	\$0 de copago † *Puede requerirse una remisión.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertas las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene limitación de edad mínima ni máxima, y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no están en alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o enema de bario previa. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo luego del paciente recibir una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN multiobjetivo en heces para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes en alto riesgo y 24 meses desde la última colonoscopia de detección o enema de bario. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no están en alto riesgo y pacientes de 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después de la última enema de bario para detección o sigmoidoscopia flexible para detección. Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de una prueba a base de heces no invasiva cubierta por Medicare, si la prueba de detección de cáncer colorrectal arroja un resultado positivo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico. No hay copago para el examen diagnóstico.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Servicios preventivos de enema de bario cubiertos por Medicare	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios dentales **Servicios dentales cubiertos por Medicare** La Parte A de Medicare pagará por algunos servicios dentales que el beneficiario reciba cuando se encuentre en un hospital. Medicare puede pagar estadías hospitalarias si el beneficiario necesita un procedimiento dental complicado o de emergencia. En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina e imágenes radiográficas dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes orales que preceden al trasplante de riñón. También cubrimos otros servicios dentales requeridos por Medicare bajo la cobertura médica. Además, cubrimos:	$0 por beneficios dentales cubiertos por Medicare.
Servicios diagnósticos † • Una (1) evaluación oral comprehensiva inicial por proveedor cada treinta y seis (36) meses hasta dos (2) por año póliza con diferente proveedor y para diferente oficina dental. • Una (1) evaluación oral periódica cada seis (6) meses. • Una (1) evaluación oral detallada y extensa - centrada en el problema, uno (1) por año póliza. Limitado al cirujano oral y maxilofacial. • Evaluación periodontal comprensiva, uno (1) por año póliza. Limitado al periodoncista. • Una (1) evaluación oral limitada - centrada en el problema (Evaluación oral de emergencia) cada seis (6) meses. Para	$0 copago para visita de oficina para servicios dentales diagnósticos y preventivos no cubiertos por Medicare (pero cubiertos por el plan). No aplica un máximo de cubierta para servicios preventivos y diagnósticos.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
endodoncistas, aplica una evaluación cuando sea médicamente necesario. • 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 beneficiado de una serie completa intraoral de imágenes radiográficas periapicales o una (1) imagen radiográfica panorámica extraoral. • Un set de una (1) imágenes radiográficas de mordida por año póliza. • 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. Esta limitación no aplica a los endodoncistas. • 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.	
Servicios Preventivos † • Una (1) limpieza oral cada seis (6) meses. • Aplicación tópica de fluoruro, excluyendo barniz, cada seis (6) meses. Este servicio aplica para pacientes hasta que cumplan 19 años de edad. • 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. Se cubrirán los molares deciduos hasta los 8 años de edad cuando sea clínicamente necesario debido a tendencia a caries.	
Servicios restaurativos menores † • Restauraciones en amalgama en dientes primarios y permanentes posteriores, estarán cubiertos cada veinticuatro (24) meses. Si el dentista necesita rehacer una restauración previa y añadir una superficie, solamente la superficie añadida	$0 de copago por servicios que no son de rutina, servicios restaurativos incluyendo coronas, endodónticos, periodoncia, extracciones y cirugía oral.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
será cubierta. Las superficies previamente pagadas serán responsabilidad del paciente. • Restauraciones de resina compuesta en todas las superficies, serán considerados cada veinticuatro (24) meses. Si el dentista necesita rehacer una restauración previa y añadir una superficie, solamente la superficie añadida será cubierta. Las superficies previamente pagadas serán responsabilidad del paciente. **Otros servicios restaurativos** † • Restauraciones sedativas para dientes con caries profundas está limitado a uno (1) por diente de por vida. • Retención de pernos está limitado a un (1) tratamiento por diente cada veinticuatro (24) meses, en adición a la restauración. • Reconstrucción de muñón, incluyendo pernos, 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. **Servicios restaurativos mayores** †**:** Los principales beneficios de restauración, incluidas las coronas y las prótesis, tienen limitación de cubierta. Si el tratamiento falla y una nueva opción de plan de tratamiento involucra el diente ya beneficiado, la cobertura será responsabilidad del paciente. **Coronas** † • Corona de porcelana/cerámica; • Corona de porcelana/metal; • Corona de metal; • Corona de acero inoxidable; • Corona de resina indirecta y prefabricada/ corona ¾ resina. * Todas las coronas están limitadas a una (1) por diente cada cinco (5) años por diente. • Recementar o readherir coronas está limitado a una (1) por diente de por vida, luego de transcurrir seis (6) meses de la	$1,200 cada año – límite de cubierta del plan para servicios que no son de rutina, servicios restaurativos incluyendo coronas, endodónticos, periodoncia, extracciones, cirugía oral, prostodoncia y servicios dentales no cubiertos por Medicare (pero cubiertos por este plan). Una vez agotado el máximo anual, los cargos restantes son responsabilidad del miembro.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
cementación inicial. • Si un diente con corona necesita reemplazo, no tendrá ningún beneficio de prótesis fijas o implantes por cinco (5) años luego de la cementación. **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 desbridamiento 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 aquellos dientes previamente tratados endodónticamente que tengan síntomas o presenten una radiolucencia periapical está limitado a uno (1) por diente de por vida. **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) de los siguientes procedimientos cada tres (3) años por cuadrante. Limitado al periodoncista. Limitado si ya se ha beneficiado por cirugía ósea. • Alargado clínico de corona – el tejido duro está limitado a uno (1) por diente de por vida y limitado a uno (1) de estos procedimientos por cuadrante cada doce (12) meses. • Cirugía ósea por cuadrante está limitada a uno (1) de estos	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
procedimientos por cuadrante cada tres (3) años. Limitado al periodoncista. Limitado si ya se ha beneficiado por colgajo gingival. • Injerto de hueso primer lugar por 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 hueso adicional por cuadrante limitado a uno (1) 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. • 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 una limpieza oral o mantenimiento periodontal. Limitado al periodoncista. **Cirugía oral** † Los servicios de cirugía oral cubiertos son los siguientes: • Remoción de corona residual o extracciones simples y quirúrgicas están limitados a uno (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.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Otros procedimientos quirúrgicos limitados al cirujano oral y maxilofacial † • 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 • 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. **Otros Servicios** † • 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. • Visitas a hospitales o a centros quirúrgicos ambulatorios para tratamiento dental. • Ajustes oclusales limitados o completos. Cubiertos solo a los pacientes activos en tratamiento periodontal.	
Servicios de Prostodoncia †	$0 de copago para prostodoncia: Removible, fija e implantes.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Para todos los servicios cubiertos de prótesis, usted debe utilizar la misma cantidad de límite de cubierta de servicios de prostodoncia. Estos servicios están cubiertos de acuerdo con las reglas y limitaciones del contrato. 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 para una evaluación si siente molestias. Si el tratamiento falla y una nueva opción de plan de tratamiento involucra el diente o arco ya beneficiado, la cobertura del nuevo tratamiento será responsabilidad del paciente. *Prostodoncia removible* † 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. Limitado a uno (1) por arco cada cinco (5) años. Las prótesis removibles están limitadas entre sí y otras restauraciones prostéticas hechas previamente pueden limitar el beneficio. • Dentaduras completas removibles. • Dentaduras completas inmediatas removibles. • Dentaduras parciales removibles, base acrílica o metálica. • Dentaduras parciales provisionales maxilares y mandibulares. • Dentadura parcial unilateral removible (resina, metal y base flexible). • Dentaduras parciales removibles flexibles. Los ajustes, remplazos y reparaciones no están cubiertos para dentaduras parciales flexibles. • Dentaduras completas y parciales removibles sobre implantes. • Las reparaciones y ajustes de dentaduras completas mandibulares o maxilares rotas, maxilares parciales o dentaduras mandibulares están cubiertas un (1) ajuste y dos (2) reparaciones por año luego de los seis (6) meses de la entrega inicial, si fuera necesario.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Las reparaciones y revestimientos, al igual que el acondicionamiento de tejido, están limitados a uno (1) cada cinco (5) años. *Prótesis fijas* † 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. Puente fijo limitado a uno (1) por diente de por vida según detallado. • Póntico (metales) (dientes a reemplazar). • Póntico de porcelana fundido sobre metal (dientes a reemplazar). • Póntico de porcelana/cerámica (dientes a reemplazar). • Corona de retención de porcelana fundida sobre metal. • Corona de retención de porcelana/cerámica. • Corona de retención de metal. • 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 de implantes* † 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. • Cirugía de implante endóseo para el remplazo de dientes está cubierta una (1) vez, por diente de por vida. • Soporte de implante prefabricado o hecho a la medida se cubren uno (1) por diente por vida. • Coronas individuales, de implantes apoyadas, en soporte o apoyadas directamente al implante (todo metal o porcelana fundida sobre metal noble o metal noble alto o porcelana completa) están cubiertas una (1) vez, por diente de por vida.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Coronas y pónticos para puente fijo sobre implante será cubierto uno (1) por diente de por vida incluyendo todo metal o porcelana fundida a metal noble o metal altamente noble o porcelana. Se cubrirán solamente pónticos que remplazan dientes naturales que existían en los espacios existentes, uno (1) por diente por vida . En caso de que uno de los componentes de un puente fijo requiera ser sustituido por implante o corona, no tendrá el beneficio hasta pasado cinco (5) años de su cementación. Las estructuras de soporte de semi precisión para prótesis removibles sobre implantes se cubrirán una (1) por diente de por vida. Estos servicios solo pueden ser ofrecidos por un proveedor certificado. Estos servicios están cubiertos de acuerdo con las reglas y limitaciones del contrato. Los mini implantes o cualquier restauración asociado con mini-implantes no serán cubiertos. Los implantes deben tener el sello de la FDA e identificación de aprobación. Los servicios dentales que no están mencionados en este documento se consideran no cubiertos. 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 la dimensión vertical u oclusión. 3. Coronas para ferulizar dientes con problemas periodontales. 4. Reconstrucciones totales maxilares o mandibulares. 5. Puentes fijos a la misma vez que una parcial en el mismo arco para remplazar dientes en áreas posteriores, se considera la parcial solamente. 6. Servicios relacionados al Síndrome de la Articulación Temporomandibular (TMJ). 7. Instrucciones relacionadas a la higiene oral y dietas. 8. Reemplazos de puentes fijos por puentes removibles debido a	Refiérase a la sección titulada *Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico* para información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 el estándar de cuidado según establecido por las asociaciones profesionales nacionales. 13. Apoyo combinado para puentes fijos de dientes naturales con implantes. *Algunos servicios pueden requerir preautorización; 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 atención primaria que pueda brindar remisiones y tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la visita anual de detección de depresión.
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. Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
• Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. Los suministros y servicios para diabéticos están limitados a aquellos de manufactureros específicos. Comuníquese con el plan para más información. Ciertos servicios o artículos requieren referido de su PCP a través del Formulario de Referido/autorización. Contacte al plan para más detalles.	**$0** de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 y en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento de este folleto, encontrará una definición de "equipo médico duradero"). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere autorización previa.*
Con este documento de *Evidencia de cobertura*, le enviamos la lista de DME de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-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 Platino Máximo (HMO D-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. Sin embargo, si es un miembro nuevo de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-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 remita para tener 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 afección. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).*)Ciertos servicios o artículos requieren referido de su PCP a través del Formulario de Referido/autorización. Contacte al plan para más detalles.	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 Platino Máximo (HMO D-SNP). Si antes de inscribirse en MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) pagó 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) es $0.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cuidado de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de un miembro o la pérdida de la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los servicios que se brindan dentro de la red. **Cubierta Mundial (fuera de la red):** La cubierta mundial incluye atención de emergencia y servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. La cubierta se administra mediante reembolso a base de las diferentes tarifas permitidas por nuestro plan, las cuales aplican según el servicio recibido, menos la cantidad de costo compartido correspondiente. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su condición de emergencia, usted debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención. Refiérase a la sección titulada *Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico* para información. $0 de copago †

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 de nuestros afiliados, hemos desarrollado iniciativas y programas innovadores de bienestar diseñados especialmente para usted, los cuales complementan los beneficios básicos de nuestros planes para ayudarlo a alcanzar su salud óptima. Estos programas de bienestar contemplan su salud como un aspecto integral, ofreciéndole una variedad de experiencias para el beneficio de su salud social, emocional, intelectual y física a fin de cumplir con las expectativas de lo que debe ofrecer un plan de salud completo.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Programa de Bienvenida Saludable • Luego de su afiliación, recibirá una llamada para asistirle en la coordinación de su primera evaluación completa de salud con su médico. • Este servicio nos ayudará a ofrecerle el cuidado continuo y preventivo que usted necesita, acorde con su historial médico. • MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) le ayudará a establecer una relación efectiva con su médico y a involucrarse más en las decisiones sobre su cuidado de salud.	$0 de copago †
Educación en Salud A través de nuestras iniciativas de Educación en Salud recibirá una variedad de experiencias para mejorar su salud. Le ofrecemos actividades (tanto virtuales como presenciales) que promueven la salud social, emocional, intelectual y física. Éstos incluyen: • Conferencias sobre salud: Incluyen temas para el manejo de la atención, como condiciones crónicas de salud, entre ellas diabetes, salud cardiovascular, enfermedad renal crónica, condiciones respiratorias, salud ósea, entre otros; salud preventiva que incluye salud mental, monitoreo de la salud, nutrición y actividad física. • Recordatorios preventivos: Para promover acciones saludables que conducen a la detección temprana y el manejo de ciertas condiciones de salud. • Intervenciones de apoyo: Proporcionan intervenciones para mejorar la calidad de vida en un enfoque holístico. Los temas incluyen educación financiera, servicios sociales, higiene, jardinería, artes, entre otros. • Programa de ejercicios: Este beneficio le permite participar en sesiones de ejercicios ofrecidos por instructores certificados de acondicionamiento físico y otros profesionales de la salud a través de los cuales aprenderá sobre conceptos y técnicas dirigidas a ayudarlo a mantener una vida activa. Podrá participar en las sesiones de ejercicios que se realizan en	$0 de copago †

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
varios lugares de la isla. **MCS En Alerta** • Ofrece campañas educativas sobre medidas de seguridad relacionadas con huracanes, terremotos y otros desastres naturales, entre otros. Brindamos seminarios de salud, materiales educativos, recorridos mediáticos entre otros. **MCS Medilínea** • Es un servicio telefónico gratuito de consultoría de salud atendido por enfermeras graduadas las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana. Este personal de enfermería, respaldado por médicos y personal clínico especializado, ofrece información práctica y orientación acerca de condiciones comunes, medicamentos y sus posibles efectos secundarios, y resultados de pruebas de laboratorios, entre otros. • Cuando se sienta enfermo y no sepa qué hacer al respecto o tenga dudas sobre el uso de algún medicamento comuníquese con MCS Medilínea, disponible las 24 horas, los siete (7) días de la semana. Para más información acerca de cualquiera de nuestros Programas sobre salud y bienestar, comuníquese con nuestro Centro de Llamadas. Para comunicarse con MCS Medilínea, por favor llame al 1-866-727-6271.	\$0 de copago † \$0 de copago †
Servicios de audición Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Evaluaciones auditivas adicionales de rutina Se limita a 1 visita(s) cada año Comuníquese con el plan para obtener más detalles.	$0 de copago †
Evaluación/ajuste(s) para audífonos Se limita a 1 visita(s) cada año Comuníquese con el 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.	Refiérase a la sección titulada *Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico* para información.
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 o los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere una remisión.* *Se requiere autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Tratamiento de infusión en el hogar La infusión a domicilio implica la administración de medicamentos o productos biológicos a una persona por vía intravenosa o subcutánea en el domicilio. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen los medicamentos (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, bombas) y suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, prestados según el plan de atención • Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertos por los beneficios de equipo médico duradero • Supervisión remota • Servicios de supervisión para el suministro de terapia de infusión a domicilio además de medicamentos afines administrados por un proveedor capacitado para terapia de infusión en el hogar. *Algunos servicios pueden requerir preautorización, contacte al plan para detalles.*	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su 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 inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal.Es posible que usted reciba atención de parte de cualquier programa de hospicios certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de hospicios certificados por Medicare que se encuentren en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en los cuales tiene un interés financiero. El médico de su hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y alivio del dolor • Atención de alivio a corto plazo • Atención a domicilio Para los servicios de cuidado paliativo y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios en un hospicio relacionado 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.	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal son pagados por Medicare Original, y no por MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP). La consultoría de hospicio no tiene costo compartido.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen 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 la Parte B de Medicare y que no estén 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 cuando hay un requisito de obtener una autorización previa): • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas para obtener el servicio usted solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare Fee-for-Service (Medicare Original) En el caso de servicios que están cubiertos por MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) pero no por Medicare Parte A o B: MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-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. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no guardan relación con su diagnóstico de enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si guardan relación a su diagnóstico de enfermedad terminal, 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 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*) **Nota:** si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada 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	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
beneficio de hospicio.	
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y COVID-19. Refiérase a la sección titulada *Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico* para información.
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. El plan cubre 90 días por cada periodo de beneficios. También cubre 60 días de reserva de por vida, los cuale pueden usarse una sola vez. Refiérase a la sección titulada Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud para información sobre su cubierta extendida bajo este plan.	$0 de copago para cada estadía intrahospitalaria cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados	Se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. El periodo de beneficio comienza el primer día como paciente con cobertura de Medicare internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El periodo de beneficio termina cuando usted no ha estado internado en un hospital ni en un SNF durante 60 días consecutivos. Si va a un hospital (o SNF) después de que un periodo de beneficios ha finalizado, comienza un nuevo periodo. No hay límite para la cantidad de periodos de beneficios que puede tener un paciente. Los costos compartidos se cobran el día de la admisión, excepto en emergencias. *Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, 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 de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-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	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 que pagaría en un hospital de la red. Refiérase a la sección titulada *Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico* para información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. También, puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Servicios para pacientes internados 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 preautorización 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 para cada estadía intrahospitalaria cubierta por Medicare. Refiérase a la sección titulada *Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico* para información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	Se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. El periodo de beneficio comienza el primer día como paciente con cobertura de Medicare internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El periodo de beneficio termina cuando usted no ha estado internado en un hospital ni en un SNF durante 60 días consecutivos. Si va a un hospital (o SNF) después de que un periodo de beneficios ha finalizado, comienza un nuevo periodo. No hay límite para la cantidad de periodos de beneficios que puede tener un paciente. Los costos compartidos se aplican a partir del primer día ingresado y no incluyen el día de alta. *Puede requerirse autorización previa.*
Internación hospitalaria: Servicios cubiertos en un hospital o SNF durante una internación en el hospital no cubierta Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyenentre otros:	Cuando termina la cobertura de su hospitalización, cubriremos estos servicios según se describe en las siguientes secciones:

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Servicios médicos	Consulte Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico.
• Análisis 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 a continuación Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.
• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones	Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.
• Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos	Consulte Dispositivos protésicos 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 y suministros relacionados.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla *Algunos servicios pueden requerir preautorización, contacte al plan para detalles.* Algunos servicios o artículos requieren referido de su PCP. Refiérase al capítulo 3, sección 2.2 para excepciones e información importante sobre referidos.	Consulte a continuación Servicios de rehabilitación para pacientes externos.
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no que reciban diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando sea por orden del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia nutricional clínica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
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) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Agentes para esclerosis múltiple, medicamentos para tratar a la artritis reumatoide, medicamentos para tratar a la enfermedad de Crohn, medicamentos para tratar a artritis psoriásica, y medicamentos para tratar a colitis ulcerosa y medicamentos para tratar a cáncer • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina suministrada a través de un articulo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si se encuentra inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órganos • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere autorización previa.* Aplica solo para todos los demás medicamentos de la Parte B de Medicare (sin incluir los medicamentos de quimioterapia/radiación de la Parte B).

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Antígenos • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo Epogen®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias El siguiente enlace lo llevará a una lista de los medicamentos de la Parte B que podrían estar sujetos al tratamiento escalonado: https://mcsclassicare.com/en/Pages/prescription-coverages/prescription-drug-part-b.aspx. También cubrimos algunas vacunas en virtud de los beneficios de medicamentos con receta de la Parte B y de la Parte D. En el Capítulo 5 se explican los beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las normas que usted debe seguir para que sus medicamentos estén cubiertos. Lo que paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan está explicado en el Capítulo 6.	0% por medicamentos de radiación de la Parte B de Medicare. 0% por medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare. *Puede requerirse autorización previa.* Algunos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado. El tratamiento escalonado es un tipo de autorización previa para medicamentos recetados que fomenta el probar la terapia farmacológica más preferida para una condición médica, progresando a otras terapias solo si es necesario, para promover mejores decisiones clínicas.
Servicios de Nutricionista Se limita a 6 visita(s) de sesiones personales cada año. Todos nuestros afiliados pueden recibir una evaluación personal y un plan de dieta diseñado por un dietista certificado según sus necesidades de salud, incluyendo sugerencias de ejercicios. Cualquier vitamina, suplemento o artículo recomendado tras dicha evaluación puede no estar cubierto. Para obtener una lista de los dietistas disponibles, consulte su Directorio de proveedores y farmacias. Si usted desea cambiar de proveedor luego de la visita inicial, debe comunicarse con el plan antes de hacer el cambio.	$0 de copago †

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas Comuníquese con el plan para detalles antes de recibir los servicios.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse autorización previa.*
• Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una remisión.*
• Suministros quirúrgicos, por ejemplo vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.*
• Análisis de laboratorio	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse 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.
• Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos. Servicios de diagnóstico que no son radiológicos	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos. Servicios radiológicos de diagnóstico, sin incluir radiografías	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.* Refiérase a la sección titulada *Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico* para información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos que se proporcionan para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación 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 que se le admita a usted como paciente internado, 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, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask*! (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de hospital ambulatorios Cubrimos servicios médicamente necesario que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere una remisión.* *Se requiere autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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. • 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 de admisión como paciente internado, 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, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional certificado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero practicante (nurse practitioner, NP), auxiliar médico (Physician Assistant, PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.	
• Servicios prestados por un psiquiatra	$0 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare. $0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare.
• Servicios de salud mental prestados por otros proveedores	$0 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare. *Se requiere 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 más información sobre MCS Solutions, comuníquese al 1-800-760-5691 disponible las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana.*	Refiérase a la sección titulada *Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico* para información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).	
• Servicios prestados por un fisioterapeuta o un terapeuta del habla y del lenguaje	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere autorización previa.*
• Servicios prestados por un terapeuta ocupacional	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere autorización previa.* Refiérase a la sección titulada *Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico* para información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos Nuestro plan cubre tratamiento para el alcoholismo y 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 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 o psicólogo en una clínica de 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. Refiérase a la sección titulada *Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico* para información.
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 ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. • Servicios prestados en un hospital para pacientes externos	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere una remisión.* *Se requiere autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Servicios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere una remisión.* *Se requiere autorización previa.* Refiérase a la sección titulada *Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico* para información.
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial. Es provisto en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural. *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 día por cada servicio cubierto por Medicare. Refiérase a la sección titulada *Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico* para información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen:	
• Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en el consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. Consulte “Cirugía para pacientes externos” en esta tabla para conocer los montos de costo compartido aplicables a las visitas a centros quirúrgicos ambulatorios o en centros hospitalarios para pacientes externos.
• Consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un especialista	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere una remisión.*
• Otros profesionales de la salud	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere una remisión.*
• Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Determinados servicios de telesalud, incluidos para: servicios de médicos de atención primaria, servicios de especialistas médicos, sesiones individuales para servicios especializados de salud mental, sesiones individuales para servicios psiquiátricos y Capacitación para el autocontrol de la diabetes. En el Directorio de proveedores y farmacias usted puede validar si su médico ofrece servicios de Telesalud. Los médicos que ofrecen este servicio estarán identificados bajo la categoría de Telemedicina en el directorio. El día de su cita, si acuerda recibir el servicio previamente con su médico, usted recibirá un enlace en su teléfono celular, tableta o computadora para que usted puede acceder a la consulta con su médico a través de MCS TeleCare (Servicio de Telemedicina). ○ Tiene la opción de recibir estos servicios ya sea mediante una consulta en persona o de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio a través de telesalud. ○ Para conocer los medios disponibles de intercambio electrónico que se utilizan para los servicios de telesalud enumerados anteriormente, junto con las instrucciones de acceso específicas, llame a nuestro Centro de Llamadas. • 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 otras ubicaciones aprobadas por Medicare	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. †
• Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar o en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, un centro de diálisis renal o en 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 y profesionales, incluidas consultas en el consultorio médico”).

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de síntomas de una apoplejía, 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 y profesionales, incluidas consultas en el consultorio médico").
• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el 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 y profesionales, incluidas consultas en el consultorio médico").
• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos mentales si: ○ Usted tiene una consulta en persona en un plazo de 6 meses previos a su primera consulta de telesalud ○ Usted tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ En ciertas circunstancias es posible hacer excepciones a lo anterior	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en "Servicios de médicos y profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico").
• Servicios de telesalud para consultas de salud mental de acuerdo con las Clínicas de salud rural y los centros de salud calificados por el gobierno federal (Rural Health Clinics and Federally Qualified Health Centers)	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en "Servicios de médicos y profesionales, incluidas consultas en el consultorio médico").

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su médico **si**: ○ no es 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 de especialistas (según se describe más arriba en "Servicios de médicos y profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico").
• Evaluación de videos 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 paciente nuevo **y** ○ la evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio dentro de los últimos 7 días **y** ○ la evaluación 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 de especialistas (según se describe más arriba en "Servicios de médicos y profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico").
• Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o evaluación de 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 y profesionales, incluidas consultas en el consultorio médico").
• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en "Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico").

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• 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 de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico)	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.* Refiérase a la sección titulada *Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico* para información.
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* Refiérase a la sección titulada *Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico* para información.
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	 $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluso un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. 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 sección). Solo se cubren lentes intraoculares cubiertos por Medicare. Ciertos servicios o artículos requieren referido de su PCP a través del Formulario de Referido/autorización. Contacte al plan para más detalles.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse autorización previa.* Aplica solo para cada dispositivo protésico cubierto por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Tecnologías de Acceso Remoto (MCS medilíneaMD) MCS medilíneaMD brinda servicios de Tecnología de Acceso Remoto, mejor conocido como Telemedicina que le permiten recibir atención médica urgente desde cualquier lugar dentro de Puerto Rico, las 24 horas al día, los 365 días del año. Usted tiene acceso a consultas de salud, para una enfermedad menor, con un médico generalista, o emergenciólogo licenciado. Las visitas de telemedicina se pueden realizar por teléfono inteligente, computadora o tableta. Menores de dieciocho (18) años deben estar acompañados por un adulto al momento de la consulta.	$0 de copago †

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Algunas condiciones apropiadas para consultar a través de este servicio incluyen, pero no se limitan a: alergias, secreción nasal, congestión nasal, estornudos, estreñimiento, tos, diarrea, problemas del oído, fiebre moderada, gripe, dolor de cabeza, picadas de insectos, náusea, conjuntivitis, erupción de piel, dolor de garganta y vómitos. En casos agudos y que el médico entienda que amerita uso de medicamentos de acuerdo con el cuadro clínico del paciente, se coordinará el envío de la receta directamente a la farmacia de preferencia del afiliado y que esté dentro de nuestra red. Si el médico determina que la condición por la cual el paciente accede a consulta no puede ser atendida por medio de esta plataforma de Telemedicina, el afiliado será referido a una sala de emergencia, a un centro de urgencia o a su médico primario. El paciente es responsable de verificar su Evidencia de Cobertura y su Formulario de Medicamentos Recetados para determinar si MCS Classicare cubrirá ciertas recetas. Este servicio no sustituye a su médico. Este servicio no incluye consultas a médicos especialistas o subespecialistas, excepto los médicos mencionados previamente. No aplica para servicios fuera de la plataforma de Telemedicina contratada. No aplican reembolsos. No se expedirán recetas de repetición ni recetas para suministros mayores de treinta (30) días. No se expedirán recetas de medicamentos de mantenimiento. No se expedirán recetas de sustancias controladas por la Administración para el Control de Drogas (DEA, por sus siglas en inglés), medicamentos no terapéuticos u otros fármacos que puedan ser dañinos debido a su potencial de abuso. Podrá tener una visita virtual por medio de MCS medilíneaMD a través de la aplicación Mi MCS o libre de costo llamando al 1.833.275.6276 ó 1.844.981.1499 TTY.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de contraer infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones personales superintensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos que tienen un mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas.
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	
• Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no se tiene acceso a él de manera temporal).	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se le ingresa al hospital para recibir atención especial)	Estos servicios se cubrirán como se describe en las secciones siguientes: Consulte Atención hospitalaria para pacientes internados.
• Preparación para autodiálisis (incluye su preparación 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 autodiálisis en su hogar	Consulte Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados.
• Ciertos servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección *Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare*.	Consulte Agencias de atención de la salud a domicilio (Home Health Agency Care).
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de “centro de atención de enfermería especializada”, que suele denominarse “SNF”, por “Skilled Nursing Facility”).	$0 de copago por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
No se requiere una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre - se incluye almacenamiento y administración. 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 SNF • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios de médicos o profesionales	Cada período de beneficios, usted tiene 100 días de cobertura de servicios para pacientes internados en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF), de acuerdo con las disposiciones de Medicare. El periodo de beneficio comienza el primer día como paciente con cobertura de Medicare internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El periodo de beneficio termina cuando usted no ha estado internado en un hospital ni en un SNF durante 60 días consecutivos. Si va a un hospital (o SNF) después de que un periodo de beneficios ha finalizado, comienza un nuevo periodo. No hay límite para la cantidad de periodos de beneficios que puede tener un paciente. *Se requiere una remisión.* *Se requiere autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que obtenga su atención de 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 los jubilados donde estaba viviendo 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 de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital	
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	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 debe pagar cuando obtiene estos servicios
Beneficios complementarios especiales † Todos los beneficiarios en este plan son elegibles a Beneficios complementarios especiales basado en estatus socioeconómico. Si desea rechazar estos beneficios o si tiene preguntas sobre estos beneficios, por favor comuníquese con nuestro Centro de Llamadas al 787.620.2530 (Área Metro) o al 1.866.627.8183 (Libre de Cargos). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1.866.627.8182). Nuestro horario de servicio es: • Del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. • Del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. Si opta por no participar, se le puede permitir volver a ingresar para recibir los beneficios modelo (comunicándose con nuestro Centro de Llamadas). Los beneficios adicionales incluyen: **Tarjeta Te Paga** Miembros elegibles podrán usar su aportación para comprar tanto OTC como artículos adicionales con su Tarjeta Te Paga. Usted podrá usar Te Paga para cualquiera de los siguientes: • Artículos OTC • Alimentos y frutas/vegetales, y comidas preparadas • Utilidades - electricidad, agua, teléfono, cable, Internet • Artículos de control de plagas • Artículos y comida para mascotas • Equipo y servicios de calidad del aire interior, aires acondicionados, purificadores de aire y deshumidificadores. Incluye sus filtros, suplidos y servicios de mantenimiento y reparación. • Apoyo general para el diario vivir – Gasolina y reparaciones de automóviles, productos de limpieza, artículos y herramientas de ferretería para el mantenimiento del hogar/enseres. • Artículos para la preparación ante un huracán, botiquín de	$0 copago. Usted tiene hasta $210 mensuales ($2,520 anuales).

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
primeros auxilios, linterna, baterías, radio, saco de dormir, utensilios, papel, bolígrafo/lápiz. • Necesidades sociales – membresías para clubes, pases para parques y eventos musicales. Esto incluye pases para conciertos, museos, eventos de entretenimiento comunitarios, jardinería, manualidades, además del acompañante para asistir a estos eventos/actividades. • Servicios para promover la vida independiente – clases de tecnología, idiomas, finanzas, y otros tipos de cursos de apoyo, educación continua • Acondicionamiento físico – artículos, equipo de deportes y servicios relacionados para mejorar la actividad física. • Ejercicios para la memoria – artículos y servicios para apoyar la función cognitiva - juegos de mesa, juegos de cartas, crucigramas, rompecabezas, sudoku, ajedrez/ checkers, juegos de video, clases de cocina, dibujo, pintura, idioma, de instrumentos musicales y de meditación. • Terapias Complementarias – intervenciones para el bienestar de la mente y el cuerpo como meditación, manipulación espinal, yoga, masaje, tai chi, acupuntura, productos naturales, incluyendo productos a base de plantas, suplementos dietéticos, y productos prebióticos o probióticos Las facturas de luz, agua, teléfono e Internet deben estar a nombre del afiliado para poder acceder el beneficio. La cantidad de aportación que usted no haya utilizado se transferirá al mes siguiente. Al final del año póliza, el plan no proporcionará el balance restante de su beneficio. Si la transacción excede el balance disponible, usted debe pagar la diferencia del costo. El retiro de dinero en efectivo no está permitido. Este beneficio no aplica para reembolso. Este beneficio no se puede utilizar para la compra de bebidas alcohólicas ni tabaco ni sus derivados. MCS no es responsable de ningún desperfecto de productos o	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
artículos. De identificar algún desperfecto, usted debe comunicarse directamente con el proveedor del servicio o con el fabricante del producto. Aplica sólo a través de suplidores contratados. Restricciones pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.	
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, corte de grama simple, peluquería (corte, lavado y secado). • Para servicios de peluquería debe visitar establecimientos participantes para recibir estos servicios. • Los servicios están limitados a ocho (8) visitas por año. Aplica un máximo de dos (2) visitas por trimestre. Si no se usa el número total de visitas en un trimestre, el balance restante de visitas no se transfiere para usarse en el próximo trimestre. Los periodos trimestrales son de enero a marzo; de abril a junio; de julio a septiembre; y de octubre a diciembre. • Para este beneficio solo aplican las reparaciones y servicios simples, según la evaluación que realice el suplidor de servicios. • Las reparaciones se realizarán solo si los daños están relacionados con el hogar del afiliado y si ocurrieron dentro del hogar mismo. • MCS Classicare no es responsable de ningún desperfecto de fábrica en cualquiera de los productos o artículos. De identificar algún desperfecto de fábrica, usted debe comunicarse directamente con el suplidor del servicio o con fabricante del producto. • Aplica solo a través de suplidores contratados. • No aplica reembolso. • Restricciones pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.	$0 por servicios de asistencia en el hogar.
Transportación para necesidades no médicas	$0 por cada viaje para la ida o la

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Además de utilizar su beneficio de transportación para asistir a citas médicas, farmacias y laboratorios, usted tiene la flexibilidad de utilizar su beneficio para realizar gestiones no médicas. Por ejemplo, visitas al supermercado o al banco, entre otras. • Aplica sólo para localidades aprobadas por el plan a través de suplidores contratados. • Restricciones pueden aplicar. Contacte al plan para detalles.	vuelta cada año. Cada viaje para la ida o para la vuelta representa un viaje individual. **La Transportación para necesidades no médicas se combina con el paquete base de Transportación para necesidades relacionadas con la salud.** Refiérase a su beneficio de transportación para información sobre la cantidad de viajes que tiene disponible. Los viajes que realice para destinos no relacionados con la salud cuentan para el total de viajes disponibles bajo el beneficio de transportación.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse 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 profesional de la salud y deben ser ofrecidos por proveedores de la red. El afiliado es responsable de las visitas adicionales y estas son	$0 de copago [†]

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 el plan para obtener más detalles.	
Transportación La transportación es uno de los beneficios que se incluyen en su plan de salud. Transportación de rutina hasta un máximo de 18 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. Ciertas limitaciones y reglas pueden aplicar. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.	$0 de copago [†]
Servicios de urgencia necesarios Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica inmediata de un proveedor de la red, entonces su plan cubrirá los servicios de urgencia necesarios provistos por un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios. Ejemplos de servicios de urgencia necesarios que el plan debe cubrir fuera de la red son: si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista, pero no es una emergencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener atención médica inmediatamente de un proveedor de la red. El costo compartido de los servicios de urgencia necesarios provistos fuera de la red es el mismo que para los servicios provistos dentro de la red.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cubierta Mundial para Servicios de Urgencia (fuera de la red): La cubierta mundial incluye atención de emergencia y servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. La cubierta se administra mediante reembolso a base de las diferentes tarifas permitidas por nuestro plan, las cuales aplican según el servicio recibido, menos la cantidad de costo compartido correspondiente. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.	$0 de copago †
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	
• Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para espejuelos o lentes de contacto	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más, y los hispanoamericanos de 65 años o más	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Para las personas con 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 cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de espejuelos después de la segunda cirugía).	$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 el plan para obtener más detalles.	$0 de copago †

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Artículos de la vista de rutina Por favor consulte el beneficio "Aportación combinada para artículos de la vista y audición" al final de esta tabla.	Refiérase a la sección titulada *Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico* para información.
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva única "Bienvenido a Medicare". La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". • Electrocardiograma cubierto por Medicare después de la consulta preventiva de Bienvenida a Medicare	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". **$0** de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Planificación de bienestar y cuidado de salud (WHP, por sus siglas en inglés) con Planificación de cuidado anticipado (ACP, por sus siglas en inglés) Al comienzo del año de su plan, usted y su médico de cuidado primario coordinarán una cita para una Evaluación Integral de Riesgos de Salud (CHRA, por sus siglas en inglés). Durante esta evaluación, su médico le preguntará sobre los Servicios de Planificación de bienestar y cuidado de salud (WHP, por sus siglas en inglés) con Planificación de cuidado anticipado (ACP, por sus siglas en inglés). La Planificación de bienestar y cuidado de salud le ayuda a establecer sus metas de cuidado de la salud para que pueda sentirse en estado óptimo. La Planificación de cuidado anticipado le ayudará a usted y a su médico a determinar el tipo de cuidado que desee recibir en caso	No hay copago para afiliados elegibles.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
de que usted no pueda comunicarse por sí mismo. **Esta es una iniciativa especial de Medicare** Este Beneficio Modelo se ofrece como parte de una iniciativa de Medicare para aumentar la calidad del cuidado y disminuir el costo del cuidado para los beneficiarios del programa Medicare Advantage. No todas las organizaciones de Medicare Advantage, ni todos los productos Medicare Advantage, participan en esta iniciativa. Para poder brindarle este beneficio, MCS Classicare solo puede ofrecer Beneficios Modelo que consisten en beneficios adicionales y servicios de Planificación de bienestar y cuidado de salud. MCS Classicare no puede ofrecer ningún plan que reduzca los beneficios disponibles o aumente el costo compartido de los mismos. Recuerde que, como afiliado de MCS Classicare, usted retiene su derecho a presentar una querella o una apelación de una determinación relacionada con los Beneficios Modelo. Esto debe incluir la provisión oportuna de una determinación de la organización o de cobertura, y la información de la querella o apelación requerida para los afiliados elegibles a los Beneficios Modelo. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9, (Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)). Usted puede optar por no recibir beneficios adicionales o comunicaciones relacionadas con este Modelo. Si opta por no participar, se le puede permitir volver a ingresar para recibir los Beneficios Modelo. Por favor, llámenos si tiene preguntas sobre este Beneficio Modelo, incluso preguntas relacionadas con la elegibilidad. Refiérase a la sección 1 del capítulo 2 para la información de contacto del plan.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Aportación combinada para artículos de la vista y audición MCS cubrirá los siguientes servicios con una cantidad combinada de $750 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. • 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. 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 suministros relacionados" y aplica solo para artículos cubiertos por Medicare.	$0 de copago † *Puede requerirse una remisión. Puede requerirse autorización previa.*Aplica solo para audífonos.

Servicios cubiertos para usted	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios - Códigos de Cubierta 100, 110, 120 y 130
Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud	
Los beneficios provistos por nuestro plan y descritos a continuación están cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud. Los beneficios descritos en la Tabla de Beneficios médicos (arriba), están cubiertos por Medicare y por nuestro plan. Referidos 1. Cuando el PCP refiere al paciente a un especialista y el especialista receta un medicamento, no se requerirá la contrafirma del PCP en la receta, según lo establecido por CMS. 2. Para los casos en los que los MAOs tienen un contrato con Grupos Médicos Primarios (GMP) que han contratado directamente a especialistas como proveedores preferidos, no es necesario un referido	

Servicios cubiertos para usted	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios - Códigos de Cubierta 100, 110, 120 y 130
del PCP cuando ambos proveedores forman parte del mismo GMP. Sin embargo, se le requiere a los especialistas informar al PCP sobre los servicios médicos referidos. 3. Los pacientes podrán ver a especialistas como ginecólogos/obstetras y urólogos sin necesidad de un referido de su PCP. Los referidos para laboratorios, pruebas diagnósticas y otros se regirán por lo establecido en el párrafo número dos (2) de esta sección de referidos. 4. No se requerirá un referido para servicios relacionados con laboratorios patológicos. 5. Los MAOs (Medicare Advantage Organizations, por sus siglas en inglés) deben informar y entrenar a todos los proveedores sobre los procedimientos de referido y asegurarse de que entiendan el proceso para garantizar la coordinación de la atención médica entre el PCP y los especialistas. Para más información, comuníquese con el Programa de Medicaid del Departamento de Salud. Consulte la sección 6 del Capítulo 2 para la información de contacto.	
Prima mensual	• $0 por mes
Servicios de hospitalización • **Admisiones** • ***Nursery*** La cubierta comienza el primer día de Medicare, y la cubierta Wrap Around de Platino aplica en cualquier beneficio no cubierto bajo la cubierta de beneficios suplementarios de la MAO, incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semiprivada (cama disponible veinticuatro horas (24) al día, cada día calendario del año). La cubierta incluye: • Cuarto de aislamiento por razones médicas. • Diagnóstico/tratamiento especializado como electrocardiogramas, electroencefalogramas, gases arteriales, y otras pruebas de diagnóstico y/o tratamiento especializados disponibles en las facilidades de un hospital y que se requieren que sean realizados mientras el paciente esté hospitalizado. • Servicios de rehabilitación a corto plazo: para pacientes hospitalizados, incluyendo terapia física, ocupacional y	• $0 copago • $0 copago

Servicios cubiertos para usted	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios - Códigos de Cubierta 100, 110, 120 y 130
del habla. Sangre: Sangre, plasma y sus derivados sin límite, para incluir sangre autóloga irradiada; factor IX monoclonal por autorización de un hematólogo certificado; factor anti-hemofílico con concentración de pureza intermedia (Factor VIII) A; factor de tipo monoclonal anti-hemofílico por autorización de un hematólogo certificado y complejo activado por protrombina (Auto Flex y Feiba) por autorización de un hematólogo certificado.	
Hospitalización para enfermedades de la salud mental La cubierta comienza el primer día de Medicare, y la cubierta Wrap Around de Platino aplica en cualquier beneficio no cubierto bajo la cubierta de beneficios suplementarios de la MAO, incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semiprivada (cama disponible veinticuatro horas (24) al día, cada día calendario del año).	• $0 copago
Hospitalización para trastornos de abuso de sustancias La cubierta comienza el primer día de Medicare, y la cubierta Wrap Around de Platino aplica en cualquier beneficio no cubierto bajo la cubierta de beneficios suplementarios de la MAO, incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semiprivada (cama disponible veinticuatro horas (24) al día, cada día calendario del año).	• $0 copago
Servicios ambulatorios para trastornos de abuso de sustancias La cubierta comienza el primer día de Medicare, y la cubierta Wrap Around de Platino aplica en cualquier beneficio no cubierto bajo la cubierta de beneficios suplementarios de la MAO, incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semiprivada (cama disponible veinticuatro horas (24) al día, cada día calendario del año).	• $0 copago

Servicios cubiertos para usted	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios - Códigos de Cubierta 100, 110, 120 y 130
Servicios ambulatorios profesionales y de salud mental Todos los servicios de emergencia e intervención en crisis para pacientes ambulatorios (OPD, Outpatient Department, por sus siglas en inglés) relacionados con la salud mental las veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana no cubiertos por Medicare o los beneficios suplementarios de la MAO pero incluidos en el Plan Estatal.	• $0 copago
Servicios de laboratorios y laboratorios de alta tecnología Prueba de laboratorio y procedimientos necesarios relacionados con obtener un certificado de salud no cubierto por Medicare o los beneficios suplementarios de la MAO pero incluidos en el Plan Estatal.	• $0 copago
Planificación familiar Servicios de planificación familiar no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO pero incluidos en el Plan Estatal. Los beneficios de Medicaid de Puerto Rico proveen educación y consejería en salud reproductiva y planificación familiar. Dichos servicios deben ser provistos de manera voluntaria y confidencial, incluso en circunstancias en que el beneficiario es menor de dieciocho (18) años de edad. Los servicios de planificación familiar incluirán, como mínimo, lo siguiente: • Educación y consejería; • Pruebas de embarazo; • Evaluación de infertilidad; • Servicios de esterlización de acuerdo con el 42 CFR, 441.200, subparte F; • Servicios de laboratorios; • Costo de inserción/remoción de productos no orales, como los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC, por sus siglas en inglés);	• $0 copago

Servicios cubiertos para usted	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios - Códigos de Cubierta 100, 110, 120 y 130
• Al menos uno de cada clase y categoría de anticonceptivos aprobados por la FDA; • Al menos uno de cada clase y categoría de métodos anticonceptivos aprobados por la FDA; y • Otros medicamentos o métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, cuando sean médicamente necesarios y hayan sido aprobados mediante autorización previa o por medio de un proceso de excepción, y el proveedor de la prescripción pueda demostrar por lo menos una de las siguientes situaciones: ○ Una contraindicación con medicamentos que el afiliado ya está tomando y no hay otros métodos cubiertos/disponibles que pueden ser utilizados por el afiliado. ○ Historial de reacciones adversas del afiliado a los métodos anticonceptivos cubiertos. ○ Historial de reacciones adversas por el afiliado a los medicamentos anticonceptivos que están cubiertos.	
Cesación del uso del tabaco Servicios de cesación del uso del tabaco no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO pero incluidos en el Plan Estatal. Los medicamentos para dejar de fumar están cubiertos para personas menores de 21 años y para mujeres embarazadas cuando sea médicamente necesario y recetado por un médico. En estos casos, el plan cubre ayudas con y sin receta, según lo indique un médico.	• $0 copago
Servicios de maternidad Servicios de maternidad no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO pero incluidos en el Plan Estatal. Abortos cuando el embarazo es resultado de violación o incesto, según lo certifique un médico. Causaría un daño severo y duradero a la madre si el embarazo se	• $0 copago

Servicios cubiertos para usted	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios - Códigos de Cubierta 100, 110, 120 y 130
lleva a término, según lo certifique un médico.	
Médico y quirúrgico Los servicios médicos y quirúrgicos no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO pero incluidos en el Plan Estatal. Esterilización voluntaria para hombres y mujeres mayores de edad y en sano juicio, previamente informados sobre las implicaciones del procedimiento médico y con evidencia escrita del consentimiento del paciente mediante el Formulario de Consentimiento para Esterilización.	• $0 copago
Servicios de visión Servicios de visión no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO pero incluidos en el Plan Estatal. Espejuelos o lentes para los beneficiarios entre las edades de 0-20 años, se cubrirán cuando sea **médicamente necesario**, el beneficio de espejuelos y lentes consiste en un lente de visión sencilla o multifocal y una montura de espejuelos estándar cada 24 meses. Todos los tipos de lentes deben ser preautorizados con excepción de los lentes intraoculares. Se cubrirá la reparación o reemplazo de espejuelos cada 24 meses, cuando sea médicamente necesario y aprobado por preautorización.	• $0 copago
Servicios dentales, preventivos y restaurativos • Preventivo (niño) • Preventivo (adulto) • Restaurativo Servicios dentales no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO pero incluidos en el Plan Estatal. Los siguientes son los beneficios incluidos en el PSG.	• $0 copago • $0 copago • $0 copago

Servicios cubiertos para usted	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios - Códigos de Cubierta 100, 110, 120 y 130
Los siguientes son los beneficios incluidos en el PSG: • Todos los servicios correctivos y preventivos para niños menores de veintiún (21) años de edad; • Terapia pulpal (pulpotomía) pediátrica para niños menores de veintiún (21) años de edad; • Coronas de acero inoxidable para uso en dientes primarios luego de una pulpotomía pediátrica; • Servicios preventivos dentales para adultos; • Servicios restaurativos dentales para adultos; • Un (1) examen oral comprensivo por año; • Un (1) examen periódico cada seis meses; • Un (1) examen oral limitado a problema definido; • Una (1) serie complete de radiografías intraorales, incluyendo placa de mordida, cada tres (3) años. • Una (1) radiografía inicial periapical intraoral; • Hasta cinco (5) radiografías adicionales periapicales/intraorales por año; • Una (1) radiografía de mordida de un lado por año; • Una (1) radiografía de mordida de cada lado por año; • Una (1) radiografía panorámica cada tres (3) años; • Una (1) limpieza para adulto cada seis (6) meses; • Una (1) limpieza para niño cada seis (6) meses; • Una (1) aplicación de fluoruro tópico cada seis (6) meses para afiliados menores de diecinueve (19) años; • Sellantes de fisura de por vida para afiliados hasta catorce (14) años de edad (incluye los molares deciduos hasta ocho (8) años de edad cuando sea médicamente necesario debido a tendencia a caries); • Restauración en amalgamas; • Restauración en resina; • Tratamiento de canal; • Tratamiento paliativo; • Cirugía Oral; • Servicios de sedación y anestesia para beneficiarios con discapacidades físicas o mentales, conforme a las leyes	

Servicios cubiertos para usted	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios - Códigos de Cubierta 100, 110, 120 y 130
locales; • Raspado periodontal y alisado radicular, hasta 4 cuadrantes por beneficiario; • Prótesis parciales removibles provisionales (superior e inferior); • Visitas al hospital; • Todas las limitaciones se pueden exceder basado en la necesidad médica y se aprobadas mediante un proceso de autorización previa o exención.	
Exámenes de audición Servicios relacionados con la audición no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO pero incluidos en el Plan Estatal. Los audífonos para los beneficiarios mayores de 20 años están excluidos de la cobertura.	• $0 copago
Servicios preventivos Servicios de vacunación no cubiertos por: 1. La parte B de Medicare; 2. El formulario de medicamentos de la Parte D de la MAO; 3. Los beneficios suplementarios del plan de la MAO; 4. No cubiertos por el Programa de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico, pero incluidos en el Plan Estatal de Medicaid de Puerto Rico. **Vacunas para niños de 0-20 años de edad (inclusive)** • Hepatitis A • Hepatitis B • Rotavirus (RV) • DTaP (Vacuna contra el Toxoide Diftérico y la tos ferina acelular) • Hib (Vacuna conjugada Hib) • PCV 15, PCV13 y PPSV23 (Vacunas antineumocócicas):	• $0 copago

Servicios cubiertos para usted	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios - Códigos de Cubierta 100, 110, 120 y 130
Cambios en el calendario de vacunación de niños y adolescentes para 2023. CDC. • Polio (IPV) • [2]Vacunas contra la influenza (Virus atenuado LAIV o la IIV). • MMR • Varicela (VAR) • Vacunas Anti-meningocócicas - MenACWY-D [Menactra], MenACWY-CRM (Menveo). La nota de MenACWY se actualizó la nota para incluir lenguaje que indica que la fórmula de un vial (toda líquida) de Menveo® recientemente autorizada no debe administrarse antes de los 10 años de edad.) MenB (Meningococo serogrupo B MenB-4C [Bexserol] y MenB-FHbp [Trumenba] • Tdap • Virus del Papiloma Humano (VPH) • Dengvaxia (Indicado para la prevención de la enfermedad del dengue causada por los serotipos 1, 2, 3 y 4 del virus del dengue. Está aprobada para su uso en personas de 9 a 16 años de edad con infección previa por dengue confirmada por laboratorio y que viven en áreas endémicas. La nota sobre el dengue se **revisó** para aclarar que la vacuna contra el dengue se recomienda para niños seropositivos que viven en áreas endémicas, **no para niños que viajan o visitan áreas endémicas de dengue**. • **COVID 19:** Se añaden nuevas abreviaturas para los productos de la vacuna del COVID-19. Estas abreviaturas contienen información sobre la valencia de la vacuna (es decir, monovalente versus bivalente, indicada por "**1v**" y "2v", respectivamente) y la plataforma de la vacuna (**mRNA** (por sus siglas en inglés) versus subunidad de proteína acelular o "**aPS**" (por sus siglas en inglés)). **Vacunas para adultos de 21 años de edad** • Toxoides de tétano, vacuna reducida contra el toxoide	

Servicios cubiertos para usted	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios - Códigos de Cubierta 100, 110, 120 y 130
diftérico y la tos ferina acelular (Tdap) • Toxoides de tétano y difteria (Td) • Vacunas meningocócicas conjugadas A, C, W, Y o MenACWY (MenACWY-D, MenACWY-CRM, MenACWY-TT) • Vacuna contra la meningocócica serogrupo B (MenB-4C, MenB-FHbp) • Vacuna contra el sarampión las paperas y la rubéola (MMR) • Vacuna contra la Varicela (VAR) • Vacuna Zoster Recombinante, Adyuvante (RZV) • Vacuna 9-valente recombinante contra el virus del papiloma humano (VPH) • Vacuna antineumocócica conjugada 15-valente (PCV15) • Vacuna antineumocócica conjugada 20-valente (PCV20) • Vacuna antineumocócica polivalente (PCV 23) • Vacuna inactivada contra la hepatitis A (HepA) • Vacuna contra la hepatitis B (recombinante) (HepB) • Vacuna inactivada contra la hepatitis A y la hepatitis B (recombinante) (HepA-HepB) • Vacuna contra la Haemophilus influenzae tipo b (Hib) • Vacuna contra la influenza: Vacuna contra la influenza (inactivada) IIV4 o Vacuna contra la influenza (recombinante) RIV4 (Vacuna contra la influenza (viva, atenuada) LAIV4 **Vacuna COVID 19** -No se incluye en el Wrap de la Oficina de Medicaid, pero es proporcionada por el Departamento de Salud (DS). La MAO debe seguir las instrucciones proporcionadas por CMS.	
Terapia física, respiratoria, ocupacional y del habla Cubierto sin límites bajo Medicare Parte B (seguro médico). No aplica con el Wrap-Around.	• $0 copago
Servicios en sala de emergencia (ER, por sus siglas en inglés) • **Visitas a salas de emergencia (ER, por sus siglas en**	• $0 copago • $0 copago

Servicios cubiertos para usted	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios - Códigos de Cubierta 100, 110, 120 y 130
inglés) • **Servicios que no son de emergencia proporcionados en la sala de emergencia de un hospital (por visita)** • **Servicios que no son de emergencia proporcionados en una sala de emergencia independiente (por visita)** • **Trauma**	• $0 copago • $0 copago
Visitas ambulatorias a • **Médico de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés)** • **Especialistas** • **Subespecialistas** • **Servicios prenatales**	• $0 copago • $0 copago • $0 copago • $0 copago
Cubierta especial La cubierta especial incluye servicios relacionados con: • VIH / SIDA • Tuberculosis • Lepra • Lupus Sistémico Eritematoso (SLE, por sus siglas en inglés) • Fibrosis Quística • Cáncer • Hemofilia • ESRD – Niveles 3, 4 y 5 • Esclerosis Múltiple • Escleroderma • Hipertensión pulmonar • Anemia Aplástica • Artritis reumatoide • Autismo • Cáncer de la piel • Cáncer de la piel – carcinoma IN SITU • Cáncer de la piel: melanoma invasivo o células escamosas con evidencia de metástasis	• $0 copago

Servicios cubiertos para usted	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios - Códigos de Cubierta 100, 110, 120 y 130
• Adultos con Fenilcetonuria • Hepatitis C Crónica • Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF, por sus siglas en inglés), Clase III y IV, Asociación del Corazón de Nueva York (NYHA, por sus siglas en inglés) en un candidato potencial para trasplante de corazón • Discinecia ciliar primaria (PCD, por sus siglas en inglés) • Enfermedad inflamatoria intestinal (IBD, por sus siglas en inglés): enfermedad de Crohn; Colitis ulcerosa y colitis microscópica • Reclusión en el hogar - Si usted está recluido en el hogar porque su condición de salud no le permite salir de su hogar sin ayuda, salir de su hogar no es medicamente recomendado, o implica un esfuerzo considerable. Usted debe inscribirse en el Registro de Condiciones Especiales de MCS Classicare y debe completar la solicitud titulada Certificación de Registro Homebound. Estas solicitudes serán evaluadas por un profesional de la salud cualificado y aprobado por MCS Classicare. Por favor refiérase a la sección 2.3 del capítulo 3 para detalles.	
Otros Servicios • **Laboratorios de alta tecnología*** • **Laboratorios clínicos*** • **Rayos X*** • **Pruebas diagnósticas especiales*** ***Aplica solo a pruebas de diagnóstico. Los copagos no se aplican a las pruebas necesarias como parte de un servicio preventivo.** • **Cuidado para el niño saludable** • **Examen físico** • **Cirugía Ambulatoria**	• $0 copago • $0 copago • $0 copago • $0 copago • $0 copago • $0 copago • $0 copago
Medicamentos recetados* • **Preferidos (Niños 0-20 años de edad)** • **Preferidos (Adultos)** • **No Preferidos (Niños 0-20 años de edad)**	**$0** copago para todos los medicamentos cubiertos de todos los niveles de nuestro formulario de medicamentos.

Servicios cubiertos para usted	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios - Códigos de Cubierta 100, 110, 120 y 130
• **No Preferidos (Adultos)** • **Abuso de sustancias ambulatorio** *Para más información, vea las secciones 5.2 y 5.4 del Capítulo 6 de esta Evidencia de cobertura. Los medicamentos recetados no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de la MAO pero incluidos en el Plan estatal. Cualquier costo compartido no incluido en el diseño de beneficios de la MAO aprobado por CMS, incluidos deducibles, coseguros o brechas de cobertura que excedan el plan estatal. El medicamento debe estar en el formulario del PSG y debe estar sujeto a las modificaciones aplicables según lo establecido en el Formulario de Medicamentos en Cobertura (FMC) del PSG. También debe cumplir con lo siguiente: • Todos los beneficios de farmacia de las Organizaciones de Medicare Advantage (MAO) brindarán cobertura de medicamentos de año completo con su Formulario de medicamentos de la Parte D aprobado por CMS, y estarán sujetos a los copagos de Platino establecidos como el único gasto de bolsillo. • Los medicamentos no incluidos en el Formulario de Medicamentos de Parte D de las MAOs deben someterse al proceso de excepción requerido de CMS para la posible aprobación de medicamentos no cubiertos. Si la denegación de proceso de excepción se sostiene por la MAO, incluido el proceso de apelación, pero si el medicamento está cubierto por el Formulario de Medicamentos, el medicamento estará cubierto por el Wrap Around. El médico que receta debe agotar el formulario disponible de la MAO en la categoría de medicamentos necesaria. • Para ser considerados, los medicamentos del Wrap Around deben ser parte del Formulario del PSG. Todos los Formularios de medicamentos de la Parte D de la	El costo compartido puede cambiar en farmacias fuera de la red. Para más información, por favor llámenos o vea el Capítulo 6, Sección 5.2 de esta Evidencia de cobertura.

Servicios cubiertos para usted	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios - Códigos de Cubierta 100, 110, 120 y 130
MAO deben tener las mismas clases terapéuticas que el Formulario del PSG.	
1. Los siguientes beneficiarios de Medicaid/CHIP* están exentos de copagos independientemente de su código de cubierta: • Niños de 0 a menos de 21 años (0-20 años, inclusive) • Mujeres embarazadas (durante el embarazo y el posparto de 60 días); • Indios americanos y nativos de Alaska (AI/AN) • Individuos institucionalizados; y • Personas que reciben cuidado paliativo. 2. Los beneficiarios de Medicaid/CHIP* están exentos de copagos cuando reciben cualquiera de los siguientes servicios: • Servicios de emergencia, incluso servicios ambulatorios, hospitalarios y de post-estabilización según se definen en las regulaciones federales 1932(b)(2) de la Ley y 42 CFR 438.114(a); • Servicios y suministros de planificación familiar; • Servicios preventivos provistos a niños menores de 18 años (0-17 años, inclusive) • Servicios y asesoramiento relacionados al embarazo y medicamentos para dejar de consumir tabaco; • Servicios preventivos por el proveedor según se definen en 42 CFR 447.26(b); 3. No hay copago por servicios provistos por un proveedor de la Red Preferida. Las farmacias y los dentistas no forman parte de la Red Preferida de proveedores. 4. El copago para una visita que no sea de emergencia a la sala de emergencia de un hospital no se aplica si llama al centro de llamadas de la MCO y recibe un código de exención al copago.	

NOTA: Los requisitos de preautorización y referidos mencionados en la *Tabla de Beneficios médicos* también aplican a la sección *Beneficios Cubiertos por el Programa de Medicaid del Departamento de Salud*. Los referidos no aplican a las condiciones bajo la cubierta especial una vez está registrado. Refiérase al Capítulo 3, Sección 2.2 para excepciones e información importante sobre referidos.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP)?

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP)

Los servicios a continuación no están cubiertos por MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) pero se encuentran disponibles a través de Medicaid:

- Planificación familiar
- Beneficios dentales preventivos

Como afiliado de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) usted está cubierto para los beneficios mencionados en la sección 2.1 de este capítulo, según los requisitos y limitaciones establecidos, sin tener en cuenta si los beneficios son provistos por Medicare o por Medicaid.

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 4.1 Servicios que *no* están cubiertos por el plan (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos”.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia o solo están cubiertos por el plan 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. La única excepción es si el servicio se apela y se decide 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 6.3 del Capítulo 9 de este folleto).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solos 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 Cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	No cubiertos en ninguna situación	
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro plan y Medicare Original que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		• Medicare Original puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	No cubiertos en ninguna situación	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solos en situaciones específicas
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	No cubiertos en ninguna situación	
Entrega de comidas a domicilio	No cubiertos en ninguna situación	
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.		Asistencia en el hogar, un Beneficio complementario especial, incluye limpieza preventiva/ desinfección del 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 el hospital.		• Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.		Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de una cirugía de cataratas.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solos en situaciones específicas
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	No cubiertos en ninguna situación	
Cuidado de rutina de los pies		• Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original	No cubiertos en ninguna situación	
Servicios fuera de la red		Favor referirse a excepciones descritas en el Capítulo 3, Secciones 1.2 y 2.4.

CAPÍTULO 5:

Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos con receta de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros reúne los requisitos para recibir y recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Si usted está inscrito en el programa de "Ayuda adicional", **parte de la información en esta *Evidencia de cobertura* sobre costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.**

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B de Medicare y la cobertura de medicamentos de hospicio, consulte el Capítulo 4.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted tiene algunos medicamentos con receta cubiertos por los beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos incluye los medicamentos de Medicaid cubiertos por nuestro plan.

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

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

- Debe pedirle a un proveedor (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, *Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- 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. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

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

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

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

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.mcsclassicare.com) o llamar a nuestro Centro de Llamadas.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través de nuestro Centro de Llamadas o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con nuestro Centro de Llamadas.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del

proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (**Nota:** es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* o llame a nuestro Centro de Llamadas.

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección 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 permite que solicite **un suministro de 90 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener medicamentos con receta por correo llame a nuestro Centro de Llamadas. 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 que brinda el servicio 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 nuestro Centro de Llamadas 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 nuestro Centro de Llamadas para una autorización.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
Después de que la farmacia recibe 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 medicamentos con receta de pedido por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que crea que los medicamentos que tiene se acaben para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

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

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de proveedores y farmacias* le informa qué

farmacias de nuestra red pueden brindarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a nuestro Centro de Llamadas para obtener más información.

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Lea Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte primero a nuestro Centro de Llamadas** para ver si hay una farmacia de la red cerca de usted. Lo más probable es que tenga que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que cubriríamos en una farmacia de la red.

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

- En circunstancias especiales, que incluyen enfermedad, emergencia, urgencia o pérdida del medicamento recetado cuando viaja fuera del área de servicio del plan dónde no hay una farmacia de la red.
- 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.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no lo que normalmente le corresponde del costo) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. (En la Sección 2 del Capítulo 7 se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos la “Lista de medicamentos” para abreviarla.**

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de

medicamentos del plan.

La "Lista de medicamentos" incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, tiene algunos medicamentos con receta cubiertos por los beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos incluye los medicamentos de Medicaid cubiertos por nuestro plan.

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la “Lista de medicamentos” del plan, siempre y cuando 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:

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado.
- *O bien,* avalado por ciertas referencias, como 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.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la “Lista de medicamentos”, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca o los productos biológicos y por lo general cuestan menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

¿Qué *no* se incluye 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 sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra “Lista de medicamentos”. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la "Lista de medicamentos"?

Hay cuatro formas de averiguarlo:

1. Consulte la "Lista de medicamentos" más reciente que le enviamos por vía electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (www.mcsclassicare.com). La "Lista de medicamentos" en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Centro de Llamadas para saber si un medicamento en particular está incluido en la "Lista de medicamentos" del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Use la herramienta del plan "*Real-Time Benefit Tool*" (Herramienta de beneficios en tiempo real) (https://mcs.elixirsolutions.com o llame a Centro de Llamadas). Con esta herramienta, usted puede buscar medicamentos en la "Lista de medicamentos" para ver un estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la "Lista de medicamentos" que pudieran usarse para tratar la misma afección. Los afiliados deben registrarse con una dirección de correo electrónico, un nombre de usuario y una contraseña.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la "Lista de medicamentos". Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien desde el punto de vista médico como un medicamento de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra "Lista de medicamentos". Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg.; uno por día versus dos por día; tableta versus líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

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

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 a nuestro

Centro de Llamadas 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)

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

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

Obtener la autorización del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir 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.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el Medicamento A cuesta menos, 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.**

Limitaciones de la cantidad de medicamento

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por vez. 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 sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

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

Hay situaciones que haya un medicamento con receta que está tomando actualmente o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

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

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

Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o está restringido, esto es lo que puede hacer:

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

Puede obtener un suministro temporal

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

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 debe estar restringido de alguna manera.**

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

los primeros 90 días del año calendario.

- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta es para menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicación. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio).
- **Para los que han sido miembros del 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 para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario a la situación de suministro temporal anteriormente mencionada.
- **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.

Para dudas acerca de un suministro temporal, llame a nuestro Centro de Llamadas.

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

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre la posibilidad de que exista un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a nuestro Centro de Llamadas y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted 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 a la norma. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la “Lista de medicamentos” del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es actualmente un miembro y el medicamento que está tomando se retira del Formulario o tiene algún tipo de restricción el próximo año, le comunicaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Usted podrá solicitar una excepción al Formulario por adelantado para el próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud,

autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

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

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

Sección 6.1 La "Lista de medicamentos" puede sufrir modificaciones durante el año

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

- **Agregar o retirar medicamentos de la "Lista de medicamentos".**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento**.
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**
- **Sustituir un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la "Lista de medicamentos" durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizaremos nuestra "Lista de medicamentos" en línea con regularidad. A continuación, señalamos los momentos en que recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que usted está tomando.

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambas cosas)**
    - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra “Lista de medicamentos” si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en

un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas, cuando se agrega un nuevo genérico.

- Quizás no le avisemos por anticipado antes de que realicemos ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que realicemos. Esto también incluirá información sobre los pasos que podrá tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Quizás no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio
- Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la "Lista de medicamentos" que se retiran del mercado**

  - De vez en cuando, algún medicamento puede retirarse del mercado repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la "Lista de medicamentos". Si está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
  - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio, y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.

- **Otros cambios sobre 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, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca de la “Lista de medicamentos” o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambas cosas. También podemos realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - En el caso de estos cambios, debemos enviarle un aviso con al menos 30 días de anticipación en la que se le indique el cambio, o darle un aviso y un suministro en una farmacia de la red para 30 días del medicamento que está tomando.
  - Después de recibir el aviso del cambio, usted debe colaborar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para cumplir con las nuevas restricciones sobre el medicamento que está tomando.
  - O bien, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre

cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios sobre los medicamentos de la "Lista de medicamentos" que no le afectarán durante este año del plan

Hacemos cambios a la "Lista de medicamentos" que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no aplicará a usted si actualmente está tomando el medicamento al momento en el que se hace el cambio; sin embargo, es posible que los siguientes tipos de cambios no lo afectarán sino hasta el 1 de enero del siguiente año si permanece en el plan.

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

- Imponemos una nueva restricción al uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la "Lista de medicamentos".

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

No le informaremos directamente sobre estos tipos de cambios que no lo afectan. Deberá revisar la "Lista de medicamentos" del siguiente año del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hubo cambios a alguno de los medicamentos que está tomando que le afecten durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, se describen los tipos de medicamentos con receta que se **excluyen**. Esto significa que ni Medicare ni Medicaid pagan por estos medicamentos.

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.) Si un medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por Medicad, deberá pagarlo usted mismo.

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta 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, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. Uso para una

indicación no autorizada es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

- La cobertura del uso para una indicación no autorizada solo se permite cuando esté sustentada por libros de referencia específicos. Estos libros de referencia son 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.

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se encuentran a continuación no están cubiertas por Medicare o Medicaid.

- 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 supervisión se compren exclusivamente al fabricante

Si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus recetas, el programa de "Ayuda Extra" no pagará por los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura para medicamentos a través de Medicaid, es posible que el programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos 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 Obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Muestre su información de la membresía

Para obtener su medicamento con receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan su medicamento con receta cubierto.

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

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

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

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada durante una estadía cubierta por el plan?

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

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

Normalmente, un centro de atención de largo plazo (Long-Term Care, LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia, o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención de largo plazo, 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 el *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo o la que utiliza el centro, forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información, comuníquese con nuestro Centro de Llamadas. Si se encuentra en un centro de atención de largo plazo (LTC), debemos asegurarnos de que usted reciba rutinariamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias LTC.

¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) y necesita un medicamento no incluido en nuestra "Lista de medicamentos" o que está restringido de alguna forma?

Consulte la Sección 5.2 sobre suministros temporales o de emergencia.

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

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

En general, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será *secundaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. 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 con receta para el año calendario siguiente es "acreditable".

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

Guarde estos avisos sobre la cobertura acreditable porque es posible que los necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, puede obtener una copia del administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilados o del empleador o sindicato.

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p.ej., medicamentos para controlar las náuseas, laxantes, medicamento para el dolor o medicamentos para controlar la ansiedad) que no están cubiertos por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones 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

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

Llevamos a cabo revisiones del uso de medicamentos para nuestros miembros para asegurarnos de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

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

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

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

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

Tenemos un programa que 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 es posible que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta no sea seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en

determinadas farmacias.

- Solicitarle 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 obtener 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 solo de un médico en particular o de una farmacia específica. 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 lo colocará en un DMP si usted tiene determinadas afecciones, 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 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Treatment, MTM). El programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen costos altos de medicamentos, o se encuentran en un Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para recibir asistencia en el uso seguro de sus opioides, pueden obtener los servicios a través de un Programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, pueden hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros que se encuentran en el Programa MTM recibirán información sobre el desecho seguro de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También, lleve consigo su lista de medicamentos actualizada (por ejemplo, con su identificación) si concurre 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 del programa. Si tiene preguntas sobre este programa, comuníquese con nuestro Centro de Llamadas.

CAPÍTULO 6

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

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros reúne los requisitos para recibir y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Si usted está inscrito en el programa de “Ayuda adicional”, **parte de la información en esta *Evidencia de cobertura* sobre costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.**

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o bajo Medicaid.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas a seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. En las Secciones 1 al 4 del Capítulo 5 se explican estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real (Real-Time Benefit Tool)” del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte la Sección 3.2 del Capítulo 5), el costo que se muestra se provee en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento que provee una estimación de los costos de bolsillo que se espera que usted pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real (Real-Time Benefit Tool)” llamando a nuestro Centro de Llamadas.

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

Hay distintos tipos de costos de su bolsillo para la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina **costo compartido** y hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

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

receta.

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

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para los costos de su bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los costos 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 cualquiera de las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
  - La Etapa de cobertura inicial
  - La Etapa del período sin cobertura
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en los costos que paga de su bolsillo si los efectúa en su nombre **otra persona u organización**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, o por el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa "Ayuda adicional" de Medicare.
- En sus gastos directos de bolsillo, también se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $8,000 en el año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

Los costos que paga de su bolsillo, **no incluyen** 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 del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que usted realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa del período sin la cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los Asuntos de veteranos.
- 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).

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 nuestro Centro de Llamadas.

¿Cómo se puede llevar un registro total de los costos que paga de su bolsillo?

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe que recibe de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando haya pagado de su bolsillo un total de $8,000 en el año, en este informe se le indicará que ha dejado la Etapa del período sin cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se explica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de los medicamentos” en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) ?

Hay cuatro "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D bajo MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP). La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o vuelva a surtir una receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones de la 4 hasta la 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa del deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa del período sin cobertura

Etapa 4: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”)

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

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

Si ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”). La EOB de la Parte D incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el costo total del medicamento, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información “del año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos

desde el inicio del año.

- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en 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 incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido para cada reclamación de medicamento con receta que puedan estar disponibles.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar el costo total de los medicamentos con receta. En estos casos, no recibimos 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, envíenos copias de los recibos. Estos son algunos de los tipos de situaciones en las que es posible que quiera 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 que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento
  - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales

  Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, vaya al Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones de caridad. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una Explicación de beneficios de la Parte D ("EOB de la Parte D") por correo, revísela para asegurarse de que la información esté

completa y sea correcta. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a nuestro Centro de Llamadas. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP)

No hay un deducible para MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP). Usted comienza en 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 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

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

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

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento con receta surtido en una farmacia fuera de la red.
- Una farmacia de pedidos por correo del plan.

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

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

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

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

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	**Atención a largo plazo (Long-term care, LTC)** (suministro de hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro de hasta 30 días)
Costo compartido para medicamentos cubiertos	$0 copago	$0 copago	$0 copago
**** Fuera de la red:*** *Usted paga la diferencia entre el costo dentro de la red y el costo fuera de la red para los medicamentos recetados cubiertos despachados en una farmacia que no pertenece a la red.*			

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

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, usted o su médico quieran 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 de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta.

Si recibe el suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo, no tendrá que pagar el suministro del 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, este se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar del mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el “costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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

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

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

La parte que le corresponde pagar del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 60 días y hasta 90 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro para hasta 90 días)
Costo compartido para medicamentos cubiertos	$0 copago	$0 copago
*No todos los medicamentos están disponibles para suplidos extendidos. Estos medicamentos están marcados como “**NeDS**” en nuestro Formulario de medicamentos.* *Con el fin de proporcionarle a usted y a su médico la oportunidad de evaluar adecuadamente la efectividad de un medicamento, sólo 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.*		

Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos especializados.

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $5,030

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido llegue al **límite de $5,030 para la Etapa de cobertura inicial.**

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

Le informaremos cuando alcance el monto. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del período sin cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del período sin cobertura

Durante la Etapa del período sin cobertura, continuaremos proveyendo cobertura de medicamentos recetados hasta que los pagos anuales de su bolsillo alcancen el monto máximo establecido por Medicare. Una vez que usted pague $8,000, usted sale de la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta para los costos de su bolsillo (Sección 1.3).

Los requisitos de coseguro de la etapa sin cobertura no aplican a los productos de insulina cubiertos por la Parte D ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajes.

No pagará más de $0 por un suplido de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos.

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

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga todos los costos de sus medicamentos

Usted entra en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de $8,000 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, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos. Usted no paga nada.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje Importante Sobre Lo Que Usted Paga por Vacunas - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas 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 nuestro Centro de Llamadas 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 del medicamento **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.)

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres elementos:

1. **Si el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) recomienda la vacuna para adultos.**
    - El ACIP recomienda la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos y no le cuestan nada a usted.
2. **Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
    - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada en el consultorio del médico.
3. **Quién le administra la vacuna.**
    - Un farmacéutico le puede aplicar la vacuna en la farmacia u otro proveedor puede aplicársela en el consultorio.

Lo que usted paga en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias y de 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 administrarle la vacuna. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que usted pagó.
- Otras veces, cuando recibe la vacuna o la administración de esta, tendrá que pagar solo su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada.

A continuación, se muestran tres formas comunes de recibir la vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted compra la vacuna 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, usted no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagarle a la farmacia su copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarle 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 reciba la vacuna, pagará por el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor por administrarla.
- Entonces podrá pedirle al plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen 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 la farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se le administrará.

- 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 su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá 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 que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos

Nuestros proveedores de la red emitirán una factura para el pago de los servicios y medicamentos que el plan cubre para usted. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica que se le prestó o medicamentos que recibió, debe enviarnos esta factura para que podamos realizar el pago. Cuando nos envíe la factura, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya pagó por algún servicio de Medicare o artículo cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero **(**a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama "reembolso"). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más de lo que le corresponde pagar del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Puede que existan plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe la factura por el monto que pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos el pago de los servicios o medicamentos.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o posiblemente por más de su parte de los costos compartidos, como se explica en el folleto. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, usted deberá enviarnos esta factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor está contratado, usted todavía tiene derecho al tratamiento.

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

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

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

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.

- Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de 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 al plan. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más más que su parte del costo .

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección (que nunca paga más que el monto de 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. No permitimos que los proveedores le facturen los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.
- 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 por la diferencia entre lo que usted pagó y el monto que debía según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

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

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos los medicamentos con receta en farmacias fuera de la red en muy pocas situaciones especiales. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para la discusión de estas circunstancias.

5. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento con receta porque no

lleva con usted su tarjeta de miembro del plan

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

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la examinaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben ser cubiertos. Esto se llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que deben ser cubiertos, pagaremos la parte que nos corresponde del costo de los servicios o medicamentos. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento se incluye 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 lo que ya pagó llámandonos o enviándonos una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, incluya su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de 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 llenar 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 ID de afiliado, su dirección, la fecha de servicio o

despacho, su proveedor, etc.

- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web www.mcsclassicare.com o llame a nuestro Centro de Llamadas y pida 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 la aceptaremos o no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto nosotros adeudamos

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 por el servicio. 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 el pago por correo 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 por el cuidado o el medicamento. Le enviaremos una carta en la que explicaremos las razones por las que no le estamos enviando el pago y cuáles son sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte de 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 hacer esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales como miembro del plan

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

A nuestro plan se le exige que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera que sea culturalmente competente y accesible a todas las personas que se inscriben en él, incluidas aquellas que tienen una fluidez limitada en el idioma español, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva, o quienes tienen diversos antecedentes culturales y étnicos. Algunos ejemplos que cómo puede un plan satisfacer estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, a proporcionar servicios de traductor, servicios de intérprete, servicios de escribas de teletipo, o bien, conexión de TTY (teléfono de texto o de teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación, disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan español. Esta información se encuentra disponible gratis en inglés.También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande, en audio CD o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. 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 nuestro Centro de Llamadas.

A nuestro plan se le exige que proporcione a las mujeres que se inscriben en el plan la opción de tener acceso directo a ver a un especialista en la salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica de rutina y prevención.

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

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, el ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llámenos para presentar un reclamo ante nuestro Centro de Llamadas al 787-620-2530 (Área Metropolitana), 1-866-627-8183 (Libre de cargos) (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-627-8182); 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). 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 al 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, in braille, in large print,

audio CD or other alternate formats, etc.)

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to: provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. This information is available for free in Spanish. We can also give you information in braille, in large print, audio CD 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 our Call Center.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialists or finding a network specialist, please call to file a grievance with our Call Center at 787-620-2530 (Metro Area), 1-866-627-8183 (Toll Free) (TTY users should 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 may 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) que sea un proveedor de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

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

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo de tiempo razonable, el Capítulo 9 le dice qué 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 y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina “Notice of Privacy Practice” (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- 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 son permitidas o requeridas por la ley.
    - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
    - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere 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 los estatutos y reglamentaciones federales. Por lo general, esto exige que no se comparta aquella información que lo identifica de manera única.

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. 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 nuestro

Centro de Llamadas.

Aviso Sobre Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO 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 protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) 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) 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 Life Insurance Company, and MCS Advantage, Inc.

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.

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.

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 cuando sea necesario: (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.

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 remita 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 nuestro Centro de Llamadas 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 el 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 nuestro Centro de Llamadas. 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 Centro de Llamadas, PO BOX 191720, San Juan, PR 00919-1720, 787-281-2800 (área metropolitana), 1-888-758-1616 (libre de cargos), 1-866-627-8182 (usuarios de TTY). Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal. Si necesita ayuda para hacerlo, nuestro Centro de Llamadas 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 http://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, por sus siglas en inglés) 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, por sus siglas en inglés) o radicar una querella en https://reportefraude.ftc.gov/#/.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.888.758.1616（TTY: 1.866.627.8182）.

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
Línea Telefónica de Privacidad y Seguridad
Área metro: (787) 620-3186
Libre de costo: 1-877-627-0004
mcscompliance@medicalcardsystem.com

FECHA DE EFECTIVIDAD

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

Para la versión más actualizada de este aviso visite: https://mcsclassicare.com/es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx.

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

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

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a nuestro Centro de Llamadas:

- **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.** Usted tiene derecho a obtener de nosotros 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 sus credenciales en sus oficinas (licencias, certificados y diplomas) y la aptitud 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 debe estar disponible a pedido. Comuníquese con el plan para más detalles.
  - Si el proveedor no cuenta con el certificado de cobertura por negligencia médica, él o ella lo debe informar y mostrar dicha información en un lugar destacado en su oficina.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura no está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, lo que se conoce como apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

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

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

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos

son los siguientes:

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

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

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

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

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

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

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo

ayude a prepararlo.

- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

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

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

Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

Requisitos de las instrucciones o directrices anticipadas en Puerto Rico:

Toda persona mayor de edad (21 años y más) capaz para todos fines legales, tiene el derecho a declarar previamente su voluntad sobre lo referente a su tratamiento médico. Según las disposiciones de la ley de Puerto Rico (Ley Núm. 160-2001). Una persona que desee dar sus instrucciones o directrices anticipadas debe preparar una declaración que cumpla con los siguientes requisitos:

- Debe estar escrita, firmada y juramentada ante un notario público.
- De forma alterna, el declarante puede hacer la declaración en presencia de un médico y dos testigos competentes, que no sean herederos del declarante y que no participen en el cuidado directo del paciente.
- Deberá constar en la declaración el carácter voluntario de las instrucciones o directrices.
- Debe indicar la fecha, hora y lugar donde se ejecutan las instrucciones o directrices

De igual forma, podrá expresar cualquier otra orden relativa a tu cuidado médico que será evaluada profesionalmente por los médicos encargados de su tratamiento. Podrá incluir la designación de una persona que tome decisiones por ti sobre la aceptación o rechazo de tratamiento en caso de que no puedas comunicarte por ti mismo.

También debe proporcionar una copia de las instrucciones o directrices anticipadas a su médico, o a la institución que proporciona sus servicios de atención médica. Tenga en cuenta que debe cumplir con todos los requisitos establecidos por la Ley para que las directrices anticipadas sean legalmente vinculantes. Por tanto, sus instrucciones anticipadas con respecto a su tratamiento médico deben especificar que fueron proporcionadas voluntariamente, e indicar la fecha, hora y lugar donde la declaración fue ejecutada, firmada y jurada ante un notario público, o hecha ante un médico y dos testigos, como indicado anteriormente.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante la Oficina del Procurador del Paciente de Puerto Rico, PO Box 11247, San Juan PR 00910-2347. Para más información, puede contactarlos llamando al 787-977-0909 y 1-800-981-0031, o visitando a www.opp.pr.gov.

También puede presentar una querella relacionada con directrices anticipadas ante la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES). Por favor refiérase al Capítulo 2, Sección 6 para la información de contacto. También puede presentar una querella sobre directrices anticipadas ante la Oficina del Procurador del Paciente con la información de contacto presentada en la sección 1.6 de este capítulo.

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

Si tiene algún problema o inquietud o quejas 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.**

También puede presentar una querella con la Oficina del Procurador del Paciente del Gobierno de Puerto Rico llamando al: (787) 977-0909; 1-800-981-0031 (Libre de cargos); TTY: (787) 710-7057.

También puede escribir a la siguiente dirección: PO Box 11247, San Juan, P.R. 00910-2347. La página Web de la Oficina del Procurador del Paciente del Gobierno de Puerto Rico es: http://www.opp.pr.gov. Su correo electrónico es: info@opp.pr.gov.

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

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

¿Se trata de algo diferente?

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

- Puede **llamar a nuestro Centro de Llamadas**
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas,

los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a nuestro Centro de Llamadas**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse a **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Your Medicare Rights & Protections" (Sus derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
  - También puede llamar 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.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a nuestro Centro de Llamadas.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este folleto sobre la Evidencia de cobertura sabrá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
  - Los capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga su 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 ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.

- Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que pueda entender.

- **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 continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o medicamento.
  - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales (según reportado en su última planilla de impuestos), debe pagar este monto 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, usted no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que lo notifique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 9

Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que usted utilice para hacerlo depende del tipo de problema que tenga.

- Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas;** también llamados reclamos.

Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La **Sección 3** lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para simplificar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización integrada” o “cobertura de la organización” o “determinación en riesgo” y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”.
- También evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene alguna queja sobre el trato que le hemos prestado, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse a nuestro Centro de Llamadas para obtener ayuda. En algunas ocasiones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación hay dos entidades que pueden ayudarlo.

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

Cada estado cuenta con un programa gubernamental 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. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto encontrará los números de teléfono y dirección del sitio web.

Medicare

Para obtener ayuda, también puede comunicarse con Medicare. Para comunicarse a Medicare:

- Puede llamar 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.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Puede obtener ayuda e información de Puerto Rico Medicaid.

- Puede llamar a 787-641-4224. Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.
- Puede visitar el sitio web (https://www.medicaid.pr.gov/).
- Puede llamar al TTY/TDD 787-625-6955. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
- Puede escribir a:

  Programa de Medicaid - Departamento de Salud de Puerto Rico
  Apartado postal 70184
  San Juan, PR 00936-8184
  prmedicaid@salud.pr.gov

SECCIÓN 3 Cómo entender el proceso de quejas y apelaciones ante Medicare y Medicaid de nuestro plan

Usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. A veces, esto se denomina “proceso integrado” debido a que combina o integra procesos de Medicare y Medicaid.

En ocasiones, los procesos de Medicare y Medicaid no se combinan. En esos casos, se utiliza el proceso de Medicare para el beneficio cubierto por Medicare y el proceso de Medicaid para el beneficio cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en la **Sección 6.4** de este capítulo, “Paso a paso: cómo se realiza

una apelación de Nivel 2”.

PROBLEMAS ACERCA DE SUS BENEFICIOS

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Si tiene un problema o una inquietud, solo tiene que leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La información que sigue le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo en caso de tener problemas o quejas sobre **los beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid.**

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Parte B) están cubiertos o no, la manera en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Remítase a la próxima sección de este capítulo, **Sección 5, “Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”.**

No.

Remítase a la **Sección 11** al final de este capítulo, **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”.**

SECCIÓN 5 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos tales como si algo está cubierto o no y la manera en que algo está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

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 de cuidado médico. Por ejemplo, su médico de la red del

plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red; esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red del plan pueda demostrar que recibió un aviso estándar de denegación para el especialista médico, o la Evidencia de cobertura deja claro que el servicio referido no está cubierto bajo ninguna situación. Usted o su médico también puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no tiene la certeza de si cubriremos un servicio médico en particular o se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos una atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. 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 para usted cada vez que determinamos lo que cubriremos y cuánto pagaremos. En algunos casos, es posible que decidamos no cubrir un cuidado médico o que estos ya no estén cubiertos por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede apelar.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está satisfecho, puede "**apelar"** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación acelerada** o "rápida" de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por revisores diferentes 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 hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una Apelación de nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que nosotros enviemos su apelación de atención médica al Nivel 2 automáticamente no estamos completamente de acuerdo con su apelación del Nivel 1.
- Consulte la Sección 6.4 de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- Para las apelaciones acerca de medicamentos de la Parte D, si rechazamos total o parcialmente su

apelación, usted deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, quizá pueda continuar a través de niveles adicionales de apelación, en la (Sección 10 en este capítulo se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

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

- Puede **llamar a nuestro Centro de Llamadas**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Su médico u otro proveedor puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a nuestro Centro de Llamadas y solicite el formulario de "Nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com).
    - Para la atención médica, su médico u otro proveedor puede solicitar en su nombre una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - Si su médico u otro proveedor pide durante su apelación que continúe un servicio o artículo que usted ya está recibiendo, **es posible que** tenga que nombrar a su médico o a otra persona autorizada a dar recetas como su representante para que actúe en su nombre.
    - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o la persona autorizada a darle recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a nuestro Centro de Llamadas y pida el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com.) El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una

copia del formulario firmado.

- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), se desestimará su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. 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 5.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

Existen cuatro diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.

- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.

- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.

- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a nuestro Centro de Llamadas. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el programa SHIP.

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios médicos. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. En algunos casos, se aplican normas diferentes a las solicitudes para medicamentos con receta de la Parte B. En esos casos, le explicaremos la manera en la cual las normas para los medicamentos con receta de la Parte B difieren de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor de la atención de la salud y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir y quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo (que aprobamos previamente) se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

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), debe leer las secciones 8 y 9 de este capítulo. Hay normas especiales que aplican para estos tipos de atención.

Sección 6.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se denomina **determinación de la organización.** Una “decisión de cobertura rápida” se denomina una **determinación acelerada.**

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

Una "decisión de cobertura estándar" se hace, por lo regular, en un plazo de 14 días o de 72 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Una "decisión de cobertura rápida" se hace, por lo general, en un plazo de 72 horas, en el caso de los servicios médicos, de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para poder tomar una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo puede solicitar* una decisión de cobertura rápida para atención médica que aún no ha recibido.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si el hecho de recurrir a los plazos estándares podría *afectarle de forma grave o perjudicar 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 estándares
  - Explique que si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos
  - Explique que puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Solicite 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 le proporcionemos cobertura para una atención médica que necesita. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 incluye la 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 estándares.

Esto quiere decir que, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud de un artículo o servicio médico. Si está solicitando **un medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** 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

beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida". Le daremos una respuesta tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida usamos un plazo 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 con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante,** si solicita más tiempo o si necesitamos recabar información que podría beneficiarle **podemos tomarnos hasta 14 días más**. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar "queja rápida". (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener más información sobre quejas). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede apelar.

- Si rechazamos su solicitud, tiene el derecho de pedirnos que reconsideremos la decisión al solicitar una apelación. Esto significa hacer un intento más por obtener la cobertura médica que desea. Si quiere presentar una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **reconsideración** del plan**.** Una apelación rápida también se conoce como **reconsideración acelerada.**

Paso 1: Decida si necesita una "apelación estándar" o una "apelación rápida".

Una "apelación estándar" generalmente se realiza dentro de los 30 días o 7 días para medicamentos

de la Parte B. Una “apelación rápida” generalmente se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si 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" en la sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite una apelación o una apelación rápida a nuestro plan.

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 incluye la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumplió con esta fecha límite y tiene una buena razón para hacerlo, explique la razón por la cual su apelación se atrasó cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia gratuita de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Si le informamos que suspenderíamos o reduciríamos los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida propuesta.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha del matasellos de nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 está pendiente. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.
  .

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si

estábamos siguiendo todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud.

- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente contactándonos con usted o su médico.

Plazos para una "apelación rápida"

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta dentro de las **72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos demorarnos **hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del período de tiempo extendido si tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada. por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una "apelación estándar"

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario** más si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que **no** debemos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida". Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas

rápidas, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa en parte o en todo lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de los **30 días calendario, o dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, después de recibir su apelación.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, tiene derechos de apelación adicionales.**
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta.

  - Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.
  - Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término Legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente.** A veces se la denomina **IRE** (del inglés Independent Review Entity).

La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que generalmente está **cubierto por Medicare**, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelación tan pronto como se complete la apelación del Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que generalmente está **cubierto por Medicaid**, usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2. La carta le dirá cómo hacer esto. La información también está abajo.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría estar **cubierto tanto por Medicare como**

por Medicaid, obtendrá automáticamente una apelación de Nivel 2 con la organización de revisión independiente. También puede solicitar una audiencia justa con el estado.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Vaya a la página 209 para obtener información sobre cómo continuar sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio que generalmente solo cubre Medicare, sus beneficios por ese servicio no continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2 con la Organización de revisión independiente.
- Si su problema es sobre un servicio que generalmente está cubierto por Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario posteriores a la recepción de la carta de decisión del plan.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre:

<u>Paso 1:</u> la Organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su "archivo de caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación "rápida" en el Nivel 1, también se le concederá una apelación "rápida" en el Nivel 2

- Para una "apelación rápida" la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar días adicionales si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación "estándar" en el Nivel 1, también se le concederá una apelación "estándar" en el Nivel 2

- Para una "apelación estándar" si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su

apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación.

- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La Organización de revisión independiente no puede tomar días adicionales si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: la Organización de revisión independiente le da su respuesta.

La Organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de la solicitud para un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en el plazo de 72 horas** o proporcionar el servicio en el plazo de **14 días calendario** de recibida la decisión de la organización de revisión para **las solicitudes estándares** o **en el plazo de 72 horas** de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de su solicitud para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** debemos autorizar o suministrar el medicamento con receta de la Parte B en cuestión **en el plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándares** o **en el plazo de 24 horas** de la fecha en el que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para **solicitudes rápidas**.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”). En este caso, la Organización de revisión independiente le enviará una carta:
  - Explicando su decisión
  - Notificando sobre que usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3, si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando cumple un cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la Organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.
  - Informando cómo presentar una apelación de Nivel 3.
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
  - La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de

apelaciones.

Si su problema se trata de un servicio o artículo que Medicaid, en general cubre:

Paso 1: Puede solicitar una audiencia justa ante el estado.

- El Nivel 2 del proceso de apelaciones para servicios que, en general, están cubiertos por Medicaid es una audiencia justa ante el Estado. La audiencia justa debe solicitarse por escrito o por teléfono **en un plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha en que enviamos la decisión de su apelación de Nivel 1. El aviso que le enviamos le indica dónde mandar la solicitud para una audiencia.
    - Como afiliado del plan, es posible que algunos de los servicios del plan también estén cubiertos por Medicaid. Por lo tanto, usted tiene derecho a presentar una apelación ante el Plan de Salud del Gobierno (PSG) si entiende que le denegamos incorrectamente un servicio o el pago por un servicio. Usted también tiene derecho a apelar una determinación de una querella. Le informaremos por escrito si tiene derecho a apelar nuestra decisión ante Medicaid.
    - Usted, o un representante autorizado por usted, puede solicitar una Audiencia Legal Administrativa ante el PSG, dentro de 120 días luego de que reciba la determinación del plan. Para solicitar una Audiencia Legal Administrativa ante el PSG, debe hacerlo por escrito a la siguiente dirección:

      Director Ejecutivo
      Plan de Salud del Gobierno
      PO BOX 195661
      San Juan, Puerto Rico 00919-5661

- Debe indicar su nombre, dirección, número de afiliado, nombre del proveedor u organización de cuidado de salud donde recibió o recibirá el servicio bajo apelación, una breve descripción de la reclamación o situación por la cual está solicitando la vista, y enviar una copia de la decisión final emitida por el plan. Puede incluir cualquier evidencia útil, como registros médicos, cartas del médico u otra información que explique por qué necesita el artículo o servicio. El PSG tomará una decisión dentro de noventa (90) días luego de la fecha en que resolvió dicha apelación al plan (el PSG excluirá los días que le tomó solicitar la vista ante el PSG). En caso de que la apelación al plan haya sido expedita, el PSG tomará una decisión en la vista en o antes de tres (3) días laborables, a partir de la fecha en que se recibió la solicitud para una vista en el PSG para un servicio denegado que cumple con los criterios para ser considerado en un proceso de apelación expedita, pero que no fue resuelto por el plan dentro de los términos de tiempo establecidos por el plan para apelaciones expeditas, o fue total o parcialmente resuelta de un modo no favorable para usted en dichos términos.
- La decisión tomada por el PSG puede ser apelada en una corte de apelaciones del Gobierno de Puerto Rico.
- Si el PSG revierte la determinación inicial de MCS Classicare:

- MCS Classicare autoriza la provisión de los servicios en disputa de manera expedita, según la salud del miembro lo requiera, pero no mas tarde de setenta y dos (72) horas desde la fecha en la que MCS Classicare recibe el aviso de revocar la determinación.
- MCS Classicare pagará por los servicios que estaban en disputa cuando el miembro recibió los servicios en disputa mientras la apelación estuvo pendiente.

- Durante el período en el que su caso es evaluado, usted puede pedir una continuidad en los servicios sujeta a la apelación ante el plan. Para hacer esto, debe completar un formulario para solicitar la continuidad de un servicio bajo apelación. El formulario estará disponible cuando lo solicite en el Centro de Llamadas de MCS Classicare. Si el PSG mantiene la decisión para denegar la apelación de MCS Classicare, es posible que usted sea responsable por el pago del costo de los servicios o beneficios que recibió mientras el proceso de apelación estaba pendiente. En este caso, el plan se reserva el derecho a recobrarle dichos costos. MCS Classicare continuará proveyéndole sus beneficios durante el proceso de apelaciones si:
  - La apelación se presenta a tiempo, es decir, en o antes de la fecha efectiva planeada del plan para la acción propuesta; o dentro de los 10 días siguientes a la fecha detallada en el matasellos de la notificación que usted recibió por correo, lo que suceda último.
  - La apelación involucra la terminación, suspensión o reducción de un tratamiento previamente autorizado;
  - Los servicios fueron ordenados por un proveedor autorizado;
  - El periodo de autorización no ha expirado; y usted solicita una extensión de beneficios.
- Si MCS Classicare continúa o restablece sus beneficios mientras su apelación está pendiente, los beneficios continuarán hasta que ocurra uno de los eventos siguientes:
  - Usted retira la apelación;
  - Usted no solicita una Audiencia Legal Administrativa dentro de 10 días a partir del envío de una decisión adversa nuestra;
  - La decisión tomada en la Audiencia Legal Administrativa del PSG resulta adversa para usted; o
  - La autorización vence o los límites del servicio que fue autorizado se cumplieron.
    - El afiliado debe agotar el sistema de querellas y apelaciones de nuestro plan primero antes de acceder al proceso de Audiencia Legal Administrativa.

MCS Classicare puede recuperar los costos por continuar los servicios brindados a usted mientras la apelación estuvo pendiente si la resolución final del PSG sostiene la decision inicial de MCS Classicare

Paso 2: La oficina de audiencias justas le da una respuesta.

La oficina de audiencias justas le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos que la fundamentan.

- **Si la oficina de audiencias justas acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar o proporcionar el artículo o servicio en un plazo de 72 horas después de recibida la decisión de la oficina de audiencias justas.
- **Si la oficina de audiencias justas rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación").

Si una parte o la totalidad de mi solicitud es rechazada, ¿puedo presentar otra apelación?

Si la Organización de revisión independiente o de la Oficina de audiencias justas (Fair Hearing office) rechaza una parte o la totalidad de su solicitud, usted tiene **derechos de apelación adicionales.**

El aviso que recibe de la Oficina de audiencias justas le indicará esta próxima opción de apelación.

Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le reembolsemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por obtener atención médica?

Si ya ha pagado por un servicio o artículo de Medicaid cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (la acción de devolver el dinero, con frecuencia, se denomina "reembolso"). Es su derecho a 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 que están cubiertos por el plan. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos los costos de los servicios o los medicamentos.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra.

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pago corresponde a un servicio cubierto. También verificaremos si usted siguió todas las normas del uso de su cobertura para recibir atención médica.

Si quiere que le reembolsemos por un servicio o artículo cubierto por **Medicare** o si nos está pidiendo que paguemos a un proveedor de atención por un servicio o artículo cubierto por Medicaid por el que usted ya pagó, nos pedirá que tomemos esta decisión de cobertura. Verificaremos si la atención médica que pagó es

un servicio cubierto. También verificaremos si usted siguió todas las normas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **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 le informamos que no pagaremos por los servicios 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 que se describe en la Sección 5.3. Para apelaciones sobre reembolsos, tome en cuenta lo siguiente:

- Tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la Organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios como miembro de nuestro plan 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 información sobre los medicamentos de la Parte D, las reglas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos Capítulo 5 y 6). **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones “medicamento con receta cubierto para pacientes externos” o “medicamento de la Parte D”. También usaremos el término “lista de medicamentos” en lugar de “Lista de medicamentos cubiertos” o “Formulario”.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si usted cumple con las normas, puede preguntarnos.

Algunos medicamentos exigen que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.

- Si su farmacia le indica que no se puede surtir su medicamento tal y como se escribió la receta, la farmacia le dará un aviso por escrito en donde le expliquen cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término Legal
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura.**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Nos solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos* del plan. **Nos pide que hagamos una excepción**. **Sección 7.2**
- Nos pide que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Nos pide que hagamos una excepción**. **Sección 7.2**
- Nos pide que proporcionemos una autorización previa para un medicamento. **Nos pide que tomemos una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago**. **Sección 7.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la "Lista de medicamentos" se denomina, en ocasiones, solicitar una **excepción al Formulario.** Pedir la eliminación de una restricción de cobertura de un medicamento se denomina, en ocasiones, solicitar una **excepción al Formulario.** Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido se denomina, en ocasiones, solicitar 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 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 dos ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en la Lista de Medicamentos cubiertos.**Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la "Lista de medicamentos", deberá pagar el costo compartido que se aplique a medicamentos en el nivel cinco (5) – medicamentos especializados. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto al monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos.** Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general **no** aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término Legal
Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación de cobertura acelerada.**

<u>Paso 1:</u> Decida si necesita una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión de cobertura rápida".

Las "decisiones de cobertura estándar" se llevan a cabo en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las **"decisiones de cobertura rápida"** se llevan a cabo en un plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una "decisión de cobertura rápida". **Para obtener una decisión de cobertura, usted debe cumplir con dos requisitos:**

- Debe solicitarnos un *medicamento que aún no ha recibido.* (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos lo que pagó por un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándares podría ocasionar *un daño grave a su salud o dañar su capacidad funcional.*
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas requiere una "decisión de cobertura rápida", le daremos automáticamente una decisión cobertura rápida.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo 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:
  - Explique que usaremos los plazos estándares.
  - Explique que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
  - Indique 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 solicitó. Recibirá nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas de recibida la queja.

<u>Paso 2:</u> Solicite una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión de cobertura rápida".

Comience por llamar, escribir o enviar un fax para solicitar que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que usted desea. También puede ingresar al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud que se presente en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura del Modelo de los CMS (CMS Model Coverage Determination Request Form) o en nuestro formulario del plan, los cuales están disponibles en nuestro sitio web. El Capítulo 2 tiene la información de contacto. Con el fin de ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique cuál reclamación ha sido denegada y por la que presenta una apelación.

Usted, su médico (u otra persona autorizada para dar recetas), o su representante puede hacer esto. También un abogado puede hacer esto en nombre de usted. La Sección 4 de este capítulo indica cómo puede dar permiso por escrito para que otra persona actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, proporcione una declaración de respaldo,** la que corresponde a las razones médicas para la excepción. Su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos puede enviar la declaración por fax o por correo. O bien, su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos puede informar por teléfono y dar seguimiento a través de un fax o por correo postal cuando sea necesaria una declaración por escrito.

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

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** after después de que recibamos su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así nos lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, se nos exige que enviemos su respuesta al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicita,** debemos darle la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicita,** le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así nos lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, se nos exige que enviemos su respuesta al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicita**, debemos darle la cobertura que acordamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicita**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" sobre el pago de un medicamento que usted ya

compró

- Debemos darle nuestra respuesta en **un plazo de 14 días calendario** después que recibamos su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, se nos exige que enviemos su respuesta al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también se nos exige que le paguemos en un plazo de 14 días después de que recibamos su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede apelar.

- Si decimos que no, usted tiene el derecho de pedirnos que reconsideremos esta decisión al presentar una apelación. Esto quiere decir pedir de nuevo que se le proporcione la cobertura para medicamentos que desea. Si quiere presentar una apelación, quiere decir que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Término Legal
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación.** Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada.**

Paso 1: Decida si necesita una “apelación rápida” o una “apelación estándar”.

Una “apelación estándar” generalmente se realiza dentro de los 7 días. Una “apelación rápida” generalmente se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted o su médico u otra persona autorizada a dar recetas deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” y se encuentran en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico o la persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere

una respuesta rápida, debe pedirnos una "apelación rápida".

- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito**, o llámenos. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o por teléfono llamando al 787-620-2530 (Área Metro), 1-866-627-8183. Las llamadas a este número son gratuitas.** El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique la razón por la que su apelación se ha retrasado cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o 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 brindarnos información adicional para sustentar su apelación.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
    - 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. En la **Sección 7.6** se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra

decisión.

Plazos para una "apelación estándar" por un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en 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. En la **Sección 7.6** se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no más de los 7 días calendario** después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le 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 haber recibido su solicitud.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

<u>Paso 4:</u> Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término Legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente.** A veces se la denomina **IRE** (del inglés Independent Review Entity).

La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos fue 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 del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de "en riesgo" según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: la Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación.

Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión 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”

- Si presenta una apelación estándar, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La Organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para una "apelación rápida":

- **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de la solicitud,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de la organización de revisión.

Para una "apelación estándar":

- **Si la Organización de revisión independiente aprueba una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de la organización de revisión.
- **Si la Organización de revisión independiente aprueba una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, **debemos enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la organización rechaza una parte o a la totalidad de su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación"). En este caso, la Organización de revisión independiente le enviará una carta:

- En la que le explican su decisión.
- En la que le notifican sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando cumple con una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- En la que le indican el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su

apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si quiere avanzar con la apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando 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 la hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **"fecha del alta".**
- Cuando se 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 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Durante los dos primeros días después de haber ingresado al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos (An Important Message from Medicare about Your Rights)*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso.

Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a nuestro Centro de Llamadas o 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.

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En el aviso se explican:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos 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 darle de alta si usted considera que se le está dando de alta demasiado pronto. Esta es una forma legal y formal de solicitar la demora en su fecha de alta hospitalaria para que cubramos su atención hospitalaria por 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 a usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
    - 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 dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
    - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a nuestro Centro de Llamadas o 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. También puede verlo en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 8.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a nuestro Centro de Llamadas. O llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que les paga el gobierno federal para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos (An Important Message from Medicare About Your Rights)* le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad **antes** de que se vaya del hospital y **no más allá de la medianoche del día del alta.**
  - Si usted cumple con este plazo, se le autorizará a permanecer en el hospital **después** de la fecha del alta **sin que deba pagar por ello** mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación.
  - Si **no** cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, **es posible que deba pagar todos los costos correspondientes** a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, y aún desea proceder con su apelación, debe presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **Sección 8.4** de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para la mejora de la calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente al que nos hayamos puesto en contacto, le entregaremos un **Aviso detallado del alta**. En este aviso se indica la fecha prevista para el alta y se explican detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé el alta en esa fecha.

Para obtener una muestra de este aviso **Aviso detallado del alta** puede llamar a nuestro Centro de Llamadas o 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). O puede ver un aviso de muestra por Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los

servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.

- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también le explicará 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 acepta la apelación, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión rechaza su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día **posterior** al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

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

- Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación **y** usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad

rechaza su apelación de Nivel 2, usted puede que deba pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: usted se comunica 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 finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha 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 necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso que recibió después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- En el Nivel 3, un juez administrativo o árbitro revisa su apelación. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital?

Término Legal
A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina **apelación acelerada.**

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente, usted debe actuar rápido para iniciar su apelación de Nivel 1 de su alta hospitalaria. Si vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma para presentar su apelación, **los primeros dos niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 alternativa

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida".

- **Solicite una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares". El Capítulo 2 incluye la información de contacto.

Paso 2: hacemos una "revisión rápida" de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida"

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta, y seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
    - Si permaneció en el hospital **después** de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha

prevista del alta.

Paso 4: si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones

Paso a paso: proceso de apelación de Nivel 2 alternativa

Término Legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se le denomina **IRE** (del inglés Independent Review Entity).

La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su labor.

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La **Sección 11** de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización acepta su apelación**, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
    - El aviso que reciba de la Organización de revisión independiente le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que la maneja un juez administrativo o árbitro.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted

decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.

- La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 9.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio cubiertos, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)** 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 los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, **dejaremos de pagar por** *su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término Legal
"Aviso de no cobertura de Medicare" Le indica cómo puede solicitar una **"apelación acelerada".** Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar que cambiemos nuestra decisión de cobertura al respecto de cuándo suspender su atención.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso por escrito se le indica:
   - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una "apelación acelerada" para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más prolongado.

2. **Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió**. Firmar el aviso solo indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más 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 en cualquier momento, llame a nuestro Centro de Llamadas. O llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una apelación acelerada. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (aviso de no cobertura de Medicare) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** del aviso de no cobertura de Medicare.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, y todavía desea apelar, debe presentar la apelación directamente con nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar una apelación consulte la **Sección 9.5** de este capítulo.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término Legal
Explicación detallada de no-cobertura. Aviso que ofrece los detalles sobre las razones para terminar su cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad ("los revisores") le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación, usted también recibirá de nosotros una **Explicación detallada de no cobertura** donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar 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 su apelación?

- Si los revisores aceptan su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores rechazan su apelación, 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 (CORF) después de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

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

- Si los revisores *rechazan* su apelación del Nivel 1 **y** usted decide seguir recibiendo la atención

después de que haya finalizado la cobertura, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más 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 que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después de que la Organización para la mejora de la calidad *rechaza* 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.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido 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.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión hecha 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 o un mediador.

Paso 4: si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea proseguir a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo se

encuentran en el aviso por escrito que recibe después de que se ha tomado la decisión de su apelación de Nivel 2.

- En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo le indica más sobre el proceso de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, **los primeros dos niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 alternativa

Término Legal
A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina **apelación acelerada.**

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida".

- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares". El Capítulo 2 incluye la información de contacto.

Paso 2: hacemos una "revisión rápida" de una decisión que tomamos de dar por terminada la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su caso. Comprobamos si hemos seguido todas las normas al establecer la fecha de terminación de cobertura del plan de los servicios que usted estaba recibiendo.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida".

- **Si aceptamos su apelación**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando los servicios y seguiremos proporcionándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que apliquen limitaciones de cobertura)
- **Si rechazamos su apelación**, entonces su cobertura terminará en la fecha que dijimos que

finalizaría la cobertura y no pagaremos ninguna parte de los costos a después de esta fecha.

- Si usted siguió recibiendo servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término Legal
El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es "**Entidad de revisión independiente**". A veces se la denomina **“IRE”** (del inglés "Independent Review Entity").

Paso a Paso: proceso de apelación de Nivel 2 alternativa

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada. **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La **Sección 11** de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación,** entonces 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. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión que

tomó el plan respecto de la primera apelación y no la modificará.

- En el aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que obtiene después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 es revisada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre el proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1 Solicitudes de Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo debe hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez administrativo o un árbitro que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o árbitro acepta su apelación, 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 3 favorable para usted. Si decidimos apelar la decisión, se pasará a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio médico en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o árbitro.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4

con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio médico en cuestión.

- **Si el juez administrativo o árbitro rechaza su apelación, 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. En el aviso que reciba se le indicará qué hacer para continuar con una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma 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 apelaremos esta decisión al Nivel 5.
  - Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el cuidado médico 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 continuar con su apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *se acepta* o *no* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales ante Medicaid

Usted también tiene otros derechos para presentar apelaciones si se trata de servicios o artículos que en general están cubiertos por Medicaid. El aviso que reciba de la Oficina de audiencias justas le indicará qué hacer en caso de querer continuar con el proceso de apelaciones.

Sección 10.3 Solicitudes para apelaciones de Niveles 3, 4, y 5 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 monto en dólares determinado, 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 tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. A continuación se muestra quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de 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 (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma 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, dentro de 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, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba 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 Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si aprobar o denegar su solicitud. Esta será una respuesta definitiva y final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Distrito.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestro Centro de Llamadas? • ¿Le parece que lo han 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 salud? ¿O por nuestro Centro de Llamadas u otro personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de reconocimiento, o cuando le van a dar una receta.

Queja	Ejemplo
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Fallamos en darle un aviso que estamos obligados a darle? • ¿La información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?
Calidad de oportuno (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si ha pedido que le demos una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación rápida", y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos aprobados, puede presentar una queja. • Si cree que no hemos cumplido con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos Legales

- A una **queja** también se le denomina **reclamo.**
- Otro término para **presentar una queja** es **interponer un reclamo.**
- Otra forma de decir **usar el proceso para quejas** es **usar el proceso para interponer un reclamo.**
- A una **queja rápida** también se le denomina **reclamo acelerado.**

Sección 11.3 Paso a paso: presentación de una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a nuestro Centro de Llamadas.** Si debe hacer algo más, nuestro Centro de Llamadas 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 una querella visitando el Centro de Servicios más cercano a su localización, enviándola por fax al: 787-620-7765; o por correo a: MCS Advantage, Inc., Unidad de Querellas y Apelaciones, P.O. Box 195429, San Juan, PR 00919-5429. Puede utilizar el Formulario para Radicación de Querellas de MCS Classicare para someter su querella, sin embargo, su uso no es compulsorio.
    - Le daremos una respuesta tan pronto como su situación de salud lo requiera, pero no más tarde de 30 días calendarios del día cuando se haya recibido la querella, a menos que este periodo sea extendido. Si el plan se toma un periodo de extensión de 14 días, se le notificará por escrito.
    - Usted tiene el derecho de presentar una querella expedita (rápida) si extendemos el periodo para realizar una decisión de cobertura. Usted puede también presentar una querella expedita si rechazamos concederle una solicitud de decisión de cobertura o apelación. Cuando usted solicita una querella expedita, le daremos una respuesta dentro de 24 horas. Usted puede llamarnos si desea presentar una querella expedita.
    - Usted o su representante autorizado pueden presentar una querella. La persona que designe sería su "representante". Puede designar a un familiar, un amigo, un abogado, un médico o a cualquier otra persona o proveedor, escogido por usted para que actúe en su nombre. Es posible que haya otras personas autorizadas legalmente para que actúen como su representante, de acuerdo con las leyes estatales. Si desea que alguien en particular, actúe en su nombre, pero la persona aún no ha sido autorizada por la Corte o de acuerdo con las leyes estatales, llame a nuestro Centro de Llamadas y solicite un formulario para autorizar a la persona para que actúe en su nombre legalmente. El formulario deberá ser firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con nuestro Centro de Llamadas inmediatamente.** La queja puede presentarse en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.

Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.

- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", 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 la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la **calidad de la atención**, también tiene dos 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 a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

O

- **Puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad.**

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Usted, o un representante autorizado por usted, puede solicitar una Audiencia Legal Administrativa ante el PSG, dentro de 120 días luego de que reciba la determinación del plan. Para solicitar una Audiencia Legal Administrativa ante el PSG, debe hacerlo por escrito a la siguiente dirección:

Director Ejecutivo
Plan de Salud del Gobierno
PO BOX 195661
San Juan, Puerto Rico 00919-5661

CAPÍTULO 10

Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) puede ser 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 proporcionan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo atención médica y los medicamentos con receta y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía en nuestro plan porque tiene Medicare y Medicaid

Muchas personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía solo durante determinados momentos del año. Debido a que usted tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un nuevo plan una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especial:

- enero a marzo
- abril a junio
- julio a septiembre

Si usted se inscribió a nuestro plan durante alguno de estos períodos, tendrá que esperar hasta el próximo período para finalizar su membresía o cambiar a un plan nuevo. Usted no puede utilizar este Período de inscripción especial para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. No obstante, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios desde el 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Período de inscripción anual. La Sección 2.2 le brinda más información acerca del Período de inscripción anual.

- Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
  - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta
  - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare
  - Medicare Original sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare
    - Si elige esta opción, 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 en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura “acreditable” para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para

inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado para averiguar sobre las opciones de planes de Medicaid (los números de teléfono figuran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este folleto).

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan. La inscripción en el nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el "Período de inscripción abierta anual"). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Puede elegir 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 planes:
  - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
  - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

    O
  - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- **Su membresía terminará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado, 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 en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.**

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de

marzo.

- **Durante el Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage,** puede hacer lo siguiente:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original en este período, en ese momento, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- **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 con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, **usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial**. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC).

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.

Nota: La Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial,

puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta.
- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

O

- Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más tarde.

Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Nota: Las secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- **Llame a nuestro Centro de Llamadas.**
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare y Usted (*Medicare & You*) de** 2024.
- 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 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea 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 nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Su inscripción en MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
• Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Su inscripción en MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
• Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare ○ Si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática. ○ Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción .** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con nuestro Centro de Llamadas. • También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) se cancelará cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Para preguntas sobre sus beneficios del Programa Medicaid, comuníquese con el Departamento de Salud de Puerto Rico - Programa de Medicaid al 787-641-4224 (libre de costo) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-787-625-6955.

Pregunte cómo inscribirse en otro plan o volver a Medicare Original afecta la manera en la cual recibe cobertura de Medicaid.

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 con MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP), y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, debe seguir obteniendo sus artículos médicos, serviciosy sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando nuestra red de proveedores para recibir atención médica.**
- **Continúe usando las farmacias de nuestra red o pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará, generalmente, 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 Platino Máximo (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como indica la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Si durante su afiliación a nuestro plan usted pierde la elegibilidad a Medicaid, usted debe hacer lo siguiente:
  - Llame a la oficina de Medicaid de inmediato para solicitar una cita y ser recertificado y no pierda sus beneficios bajo Platino. Si no recertifica su elegibilidad a Medicaid, le mantendremos afiliado a nuestro plan por seis meses, comenzando el primer día del mes siguiente en que tengamos conocimiento de que usted perdió su elegibilidad a Medicaid. Para más información sobre cómo mantener su elegibilidad a Medicaid, refiérase a la sección 6 del capítulo 2 de este manual.
- Si no paga el deducible médico, si corresponde.

- Si se muda fuera del área de servicio del plan
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar a nuestro Centro de Llamadas para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si deja de ser ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarles atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
    - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector General investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía puede llamar a nuestro Centro de Llamadas.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por alguna razón relacionada a su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto 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, género, edad, orientación sexual, 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 un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede consultar la información en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Centro de Llamadas. Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Centro de Llamadas puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Aviso para informar al público sobre los requisitos de accesibilidad y no discriminación

MCS Advantage, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MCS Advantage, Inc. no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

MCS Advantage, Inc.:

- 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).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el español, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con nuestra Unidad de Querellas y Apelaciones.

Si considera que MCS Advantage, Inc. 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 al siguiente: Unidad de Querellas y Apelaciones; MCS Advantage, Inc.; P.O. Box 195429, San Juan, PR, 00919-5429; 787-620-2530 (Área Metropolitana), 1-866-627-8183 (libre de cargos); 1-866-627-8182 (usuarios de TTY); 787-620-7765 (fax). Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal o fax. Si necesita ayuda para hacerlo, nuestra Unidad de Querellas y Apelaciones 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 bien, 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 www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

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

Según las reglas de nuestro plan, usted tiene derecho a mantenerse libre de toda restricción o reclusión

física que pudiera ser usada como medio de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia. Usted tiene el derecho de no ser olvidado, intimidado, abusado física overbalmente, maltratado o explotado. Usted también tiene derecho a ser tratado conconsideración, respeto y con pleno reconocimiento de su dignidad, privacidad e individualidad.

No podemos negarle servicios ni castigarle por ejercer sus derechos. El ejercicio de sus derechos no afectará negativamente la manera en que MCS Classicare y sus proveedores o CMS proporciona o dispone la prestación de servicios para usted.

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 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. La sospecha de fraude, despilfarro y/o abuso puede ser cualquier servicio facturado a MCS y/o a usted por un proveedor y que no fue recibido, entre cualquier otro esquema que se considere sospechoso.

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).

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Apelación: Una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta o del pago de servicios o medicamentos que usted ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: área geográfica donde debe residir para poder inscribirse a determinado plan de salud. Para los planes que limitan a los médicos y a los hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Este plan debe cancelar su inscripción si se muda de manera permanente fuera del área de servicio del plan.

Asociación de Prácticas Independiente (IPA): Una IPA es una organización de médicos independientes, o grupos de médicos primarios, que tienen contrato con organizaciones de mantenimiento de la salud para ofrecer atención médica cubierta servicios. Consulte la Sección 6 del Capítulo 1).

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización están marcados en el formulario.

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 o estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro. Este programa no está disponible en Puerto Rico.

Biosimilar: un medicamento recetado que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares generalmente funcionan tan bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares generalmente requieren una nueva receta para sustituir el producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido requisitos adicionales que les permiten sustituir el producto biológico original en la farmacia sin una nueva receta, sujeto a las leyes estatales.

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 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 matriculado o un médico.

Centro de Llamadas – Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una

enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: un monto (por ejemplo, 20%) que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los 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 para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su "costo compartido" diario es de $1 por día.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los 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. 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 es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como 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 el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman decisiones de cobertura en este documento.

Determinación integrada de la organización: una decisión nuestro plan hace sobre si los artículos o los servicios están cubiertos, o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los productos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este manual.

Dispositivos protésicos y ortésicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), pérdida de 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 afección que se agrava rápidamente.

Equipo Interdisciplinario (IDT, por sus siglas en inglés) – Un grupo de individuos con diversos adiestramientos y trasfondos que colaboran para coordinar el cuidado del beneficiario a través de un plan de cuidado integrado individualizado, con la participación del beneficiario/cuidador, cuando sea viable, en un punto central de contacto.

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 $8,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga

el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Etapa de cobertura inicial: Esta es la etapa antes de que sus los costos totales de los medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año alcancen $5,030.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro Formulario (una excepción al Formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el plan le exige a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP), solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: farmacia que tiene un contrato con nuestro plan por el que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de 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 aplicación de computadora en la que los afiliados pueden buscar información sobre los formularios y los beneficios de manera completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica para el afiliado. Esto incluye información sobre los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del formulario que se pueden usar para la misma afección médica que un medicamento en particular y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que brinda un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertos libros de referencia.

Individuo elegible dual: una persona que califica para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

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 de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto federal y estatal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario: significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

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 fueron excluidas, de la cobertura de la Parte D, por parte del Congreso. Ciertas categorías de los medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Medicare Original (Medicare tradicional o pago por servicio [Private Fee-for-Service, PFFS] de

Medicare)**:** el plan 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).

Modelo de Cuidado – El modelo de cuidado es un requisito de CMS que permite a las Organizaciones Medicare Advantage coordinar y manejar cuidado individualizado a través de la integración de los servicios y beneficios para satisfacer las necesidades de cada miembro de elegibilidad dual con necesidades especiales. Entre las necesidades de los miembros que trabajamos están: clínicas, funcionales, psicosociales y cognitivas (conocimiento).

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 conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo extra 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 paga de su bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y de la Parte B. Los montos que paga por las Primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros llegan a este máximo de gastos de bolsillo).

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez. Si pierde la Ayuda adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si es que usted pasa 63 días continuos o más sin cobertura para la Parte D o alguna otra

cobertura acreditable para medicamentos con receta.

Organización de mejora de la calidad (QIO): un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal quienes verifican y mejoran la atención brindada 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 de beneficios: La manera en que nuestro plan y Medicare Original mide su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o 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 para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones 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: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles a Medicare Advantage que tienen una o más condiciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en el CFR 42, 422.2, incluyendo la restricción de la inscripción en función de grupos de condiciones comórbidas comunes múltiples y que se vinculan entre sí de manera clínica, especificadas en el CFR 42, 422.4(a)(1)(iv).

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que

se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, Planes de Necesidades especiales, Programas piloto/demostraciones y 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 un(a) i) Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) 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 elegibilidad doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP): los planes de necesidades especiales inscriben a las personas que tienen derecho tanto Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) y a recibir asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos de los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de cada 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).

Producto biológico: es un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: un programa que les brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de 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 con el que no hemos acordado

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 relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También se incluyen quejas si su plan no sigue los plazos en el proceso de apelaciones.

Querella integrada: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Servicios cubiertos por Medicare – los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: es el término general que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: Servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, y que se brindan cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, si se necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Centro de Llamadas de MCS Classicare Platino Máximo (HMO D-SNP)

Método	Centro de Llamadas – información de contacto
LLAME AL	1-866-627-8183 Las llamadas a este número son gratuitas. 787-620-2530 (Área Metro) Las llamadas a este número *no* 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. Nuestro Centro de Llamadas también ofrece un servicio gratuito de interpretación 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. Centro de Llamadas PO BOX 191720 San Juan, PR 00919-1720
SITIO WEB	www.mcsclassicare.com

Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud (SHIP de Puerto Rico)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-877-725-4300 (Área de San Juan) 1-800-981-0056 (Área de Mayagüez) 1-800-981-7735 (Área de Ponce)

Método	Información de contacto
TTY	787-919-7291 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 para Personas de Edad Avanzada P.O. Box 191179 San Juan, PR 00919-1179
SITIO WEB	https://agencias.pr.gov/agencias/oppea/educacion/Pages/ship.aspx

Declaración de divulgación de la PRA: *de acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites (PRA, Paperwork Reduction Act) de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que esto muestre un número de control de la OMB válido. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es el 0938-1051. Si usted tiene alguna sugerencia o comentario para mejorar este informe, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*