



Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios de salud y cobertura para medicamentos de Medicare como miembro de ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)

En este documento se proporcionan detalles de su cobertura de salud y de medicamentos de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

En este documento se explican sus beneficios y derechos. Utilice este documento para entender:

- La prima y los costos compartidos de nuestro plan.
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo ponerse en contacto con nosotros.
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

Este plan, ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP), es ofrecido por PROCARE ADVANTAGE, LLC. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a PROCARE ADVANTAGE, LLC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a ProCare Advantage [HMO-POS I-SNP]).

Este documento está disponible gratuitamente en inglés. Este documento también está disponible en braille y en tamaño de letra grande.

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

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

H3467_001_2026EOC_C

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)

Índice**Índice**

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro	4
SECCIÓN 1 Usted es miembro de ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)	4
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan	5
SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía	6
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes.....	9
SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual del plan	15
SECCIÓN 6 Mantener actualizado el registro de membresía de nuestro plan	17
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	17
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos	19
SECCIÓN 1 Contactos de ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP).....	19
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare.....	22
SECCIÓN 3 Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado (SHIP).....	23
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)	24
SECCIÓN 5 Seguro Social.....	25
SECCIÓN 6 Medicaid	25
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar medicamentos recetados.....	26
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB)	30
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador	31
CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos	32
SECCIÓN 1 Cómo obtener cuidado médico como miembro de nuestro plan	32
SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red de nuestro plan para recibir cuidado médico.....	34
SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad de cuidado urgente	38
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios cubiertos?.....	40
SECCIÓN 5 Servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica.....	40
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	42
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero	43
CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)	45

Índice

SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	45
SECCIÓN 2	En la Tabla de beneficios médicos se muestran sus beneficios y costos médicos	48
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)	92
CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D.....		95
SECCIÓN 1	Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan.....	95
SECCIÓN 2	Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red	95
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan	98
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones de cobertura	100
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted quisiera.....	101
SECCIÓN 6	Nuestra Lista de medicamentos puede modificarse durante el año.....	103
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	106
SECCIÓN 8	Cómo obtener un medicamento	107
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ...	108
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	109
CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D.....		112
SECCIÓN 1	Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D	112
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para miembros de ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP).....	114
SECCIÓN 3	Su <i>Explicación de Beneficios (EOB)</i> de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra.....	115
SECCIÓN 4	Etapas del deducible	117
SECCIÓN 5	Etapas de Cobertura Inicial	117
SECCIÓN 6	Etapas de Cobertura en Situaciones Catastróficas	119
SECCIÓN 7	Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D	120
CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.....		122
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos	122
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió	125
SECCIÓN 3	Evaluaremos su solicitud de pago y le comunicaremos si fue aprobada o no	125

Índice

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades	127
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.....	127
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.....	133
CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	135
SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud	135
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada	135
SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema.....	136
SECCIÓN 4 Una guía de decisiones de cobertura y apelaciones	136
SECCIÓN 5 Cuidado médico: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	140
SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	148
SECCIÓN 7 Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que está siendo dado de alta demasiado pronto	158
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si siente que su cobertura está finalizando demasiado pronto.....	163
SECCIÓN 9 Cómo elevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5	168
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.	171
CAPÍTULO 10: Cancelación de su afiliación en nuestro plan.....	175
SECCIÓN 1 Cancelación de su afiliación en nuestro plan	175
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su afiliación en nuestro plan?.....	175
SECCIÓN 3 Cómo cancelar su afiliación en nuestro plan.....	176
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su afiliación, debe seguir recibiendo sus productos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan.....	177
SECCIÓN 5 ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) debe finalizar nuestra afiliación en el plan en ciertas situaciones	177
CAPÍTULO 11: Avisos legales	179
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes	179
SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación	179
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	179
CAPÍTULO 12: Definiciones.....	180

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)

Sección 1.1 Usted está inscrito en ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP), que es un plan de Medicare Advantage especializado (Plan de Necesidades Especiales)

Usted está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de salud y de medicamentos de Medicare a través de nuestro plan, ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP).

ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa organización de mantenimiento de la salud) con una opción de Punto de Servicio (POS) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada. Punto de Servicio significa que puede usar proveedores fuera de la red de nuestro plan por un costo adicional. (Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 3 para obtener información sobre el uso de la opción Punto de Servicio).

ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) es un plan de Medicare Advantage especializado (un plan de necesidades especiales de Medicare Advantage), lo que significa que los beneficios están destinados a personas con necesidades especiales de atención médica.

ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) está destinado a personas que residen en una institución (como un hogar de ancianos) o viven en la comunidad, pero que necesitan un nivel de atención que, generalmente, se proporciona en un hogar de ancianos.

Nuestro plan incluye a los proveedores que se especializan en tratar a los pacientes que necesitan este nivel de atención. Como miembro de nuestro plan, recibe beneficios diseñados especialmente para usted y tiene toda su atención coordinada a través de nuestro plan.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre la forma en la que ProCare Advantage (HMO-POS I-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 obtenga de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Medicare nos permite realizar cambios a los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) cada año. Puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo nuestro plan y que Medicare renueve la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente allí.
- Sea ciudadano de los Estados Unidos o resida legalmente en los Estados Unidos.
- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades especializadas de las personas que necesitan un nivel de atención que generalmente se proporciona en un hogar de ancianos.

Para ser elegible para nuestro plan, debe vivir en un hogar de ancianos disponible a través de nuestro plan. Consulte el *Directorio de proveedores* (ProCareAdvantagePlan.com) de nuestro plan para obtener una lista de hogares de ancianos contratados o llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pídanos que le enviemos una.

Nota: Si pierde la elegibilidad para nuestro plan, pero se espera razonablemente que la recupere en el transcurso de 1 mes, seguirá siendo elegible para la membresía. En la Sección 2.1 del Capítulo 4, se ofrece información sobre la cobertura y los costos compartidos durante un periodo considerado de elegibilidad continua.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 2.2 Área de servicio del plan de ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)

ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) solo está disponible para las personas que viven dentro del área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo dentro de nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas: Atascosa, Austin, Bandera, Bee, Bexar, Blanco, Bosque, Brazoria, Burnet, Caldwell, Chambers, Cherokee, Clay, Collin, Colorado, Comal, Cooke, Dallas, Denton, El Paso, Ellis, Fannin, Fort Bend, Galveston, Goliad, Gonzales, Grimes, Guadalupe, Hamilton, Hardin, Harris, Hill, Hopkins, Hudspeth, Jack, Jefferson, Johnson, Kendall, La Salle, Lampasas, Lavaca, Lee, Liberty, Matagorda, McMullen, Medina, Mills, Montgomery, Orange, Palo Pinto, Parker, Real, Rockwall, San Jacinto, Somervell, Tarrant, Trinity, Tyler, Van Zandt, Wharton, Williamson, Wilson y Wise.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si contamos con un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Periodo especial de inscripción para cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o residencia legal en los Estados Unidos

Para ser miembro de un plan de salud de Medicare, debe tener la ciudadanía estadounidense o una residencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) informará a ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan de acuerdo con este criterio. ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía

Sección 3.1 Tarjeta de membresía de nuestro plan

Use su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si tiene una. Modelo de tarjeta de membresía del plan:

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

A participating provider of <Senior Living Community XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX>

<Product Name XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX>

<FIRST NAME LAST NAME>

Member ID <XXXXXXXX>

RxBin <XXXXXX>

RxPCN <XXXX>

RxGRP <XXXXXXXX>

Medical Payer ID <XXXXXX>

Dental Payer ID <XXXXXX>

See back for dental

CMS - <XXXXXX XXX>

MedicareRx Prescription Drug Coverage MultiPlan.

In case of emergency, call 911. Then, call plan within 24 hours or ASAP.

• Member Services
(including prior authorization requests):
<1-XXX-XXX-XXX> (TTY 711)

• Prescription Drug Customer Services:
<1-XXX-XXX-XXX> (TTY 711)

• Pharmacy Help Desk:
<1-XXX-XXX-XXX> (TTY 711)

• Dental Help Desk:
<1-XXX-XXX-XXX> (TTY 711)

Mail Medical Claims to:

P.O. Box 908
Addison, TX 75001-0908

Mail Pharmacy Claims to:

Navitus Health Solutions, LLC
P.O. Box 1039
Appleton, WI 54912-1039

Mail Dental Claims to:

Name of Dental Company
P.O. Box XXXX
City, State XXXXX-XXXX

Members: <website.com/for-members>

Providers: <website.com/for-providers>

Mientras sea miembro de este plan, NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para recibir servicios médicos cubiertos. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de afiliación de ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Le pueden solicitar que la presente si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica (también llamados ensayos clínicos) aprobados por Medicare.

Si la tarjeta de membresía de nuestro plan se daña, se pierde o es robada, llame de inmediato a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

En el *Directorio de proveedores* (ProCareAdvantagePlan.com/find-a-provider/) figuran los proveedores y los proveedores de equipos médicos duraderos de la red actuales. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe utilizar los proveedores dentro de la red para obtener su cuidado y servicios médicos. Si recibe cuidado en otro lugar sin la autorización adecuada, deberá pagar el costo total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área de servicio y los casos en los que ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Este plan tiene una opción de Punto de Servicio (POS) que permite a los miembros consultar con proveedores fuera de la red en ciertas circunstancias. La cobertura se limita a ciertos servicios y puede haber otras restricciones. El costo compartido de los miembros también puede ser más alto cuando se reciben servicios de POS cubiertos de un proveedor fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 para obtener detalles adicionales sobre el POS. Los servicios específicos que se ofrecen con este beneficio de POS se identifican en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Obtenga la lista más reciente de los proveedores en nuestro sitio web en ProCareAdvantagePlan.com.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (en forma electrónica o impresa) a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los *Directorios de proveedores* impresos solicitados se le enviarán por correo dentro de los 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

En el *Directorio de farmacias* (ProCareAdvantagePlan.com/find-a-provider/) figuran las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son farmacias que aceptan surtir medicamentos recetados cubiertos a los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no forman parte de la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede pedir una copia a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en ProCareAdvantagePlan.com.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). En la lista se indica qué medicamentos recetados están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP). Nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos que figuran en esta lista. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en el marco del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido retirados y reemplazados, como se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de medicamentos ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP).

En la Lista de medicamentos, también se indica si hay alguna norma que limite la cobertura de un medicamento.

Le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite ProCareAdvantagePlan.com/formulary/ o llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes**

	Sus costos en 2026
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>*Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener más información.</p>	\$4.80
<p>Deducible</p>	<p>Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare para 2026.</p> <p>El deducible de la Parte A es de \$1,736. El deducible de la Parte B es de \$283.</p> <p>excepto en el caso de la insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero.</p>
<p>Gasto máximo de bolsillo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener más detalles).</p>	\$9,250 combinados para servicios dentro y fuera de la red
<p>Visitas al consultorio de atención primaria</p>	<p>Coseguro del 0% al 20%</p> <p>Copago de \$0 para consultas de atención primaria en el centro de atención de enfermería especializada Coseguro del 20% para todos los demás lugares de servicio</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sus costos en 2026	
Visitas al consultorio de un especialista	<p>Dentro de la red: Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Fuera de la red (POS): Coseguro del 20% Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p>
Hospitalizaciones	<p>Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare para 2026.</p> <p>Usted paga un deducible de \$1,736 por cada estadía cubierta por Medicare Copago de \$0 por día para los días 1 a 60 Copago de \$434 por día para los días 61 a 90 Copago de \$868 por día por cada día de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida)</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gastos de bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p>
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 4 del Capítulo 6 para obtener más detalles).	<p>\$615</p> <p>excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D</p>

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sus costos en 2026	
<p>Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener más detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y la Etapa de Cobertura en Situaciones Catastróficas).</p>	<p>Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamento de Nivel 1: Coseguro del 25% <p>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>

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)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de recetas de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2026, la prima mensual del plan de ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) es de \$4.80.

Si *ya* recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas en esta *Evidencia de cobertura* no se aplique en su caso**. Le enviamos un documento aparte, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben la Ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados)* (también conocida como *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos (LIS)*.

En algunas situaciones, la prima de nuestro plan podría ser menor

Hay programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Estos incluyen la Ayuda adicional y Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. Obtenga más información sobre estos programas en la Sección 7 del

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Capítulo 2. Si reúne los requisitos, inscribirse en uno de estos programas podría reducir la prima mensual de su plan.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para personas con distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare & You 2026* (Medicare y usted para 2026), la sección titulada *Costos de Medicare para 2026*. Descargue una copia del sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) o solicite una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, **debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.** Esto incluye la prima de la Parte B. También es posible que tenga que pagar una prima por la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de que su periodo de inscripción inicial haya finalizado, hubo un período de 63 días consecutivos o más en el que no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos. La cobertura acreditable de medicamentos es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la cobertura de la Parte D o sin una cobertura acreditable de medicamentos. Deberá pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscriba por primera vez en ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP), le informaremos el monto de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D en los siguientes casos:

- Recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- Estuvo menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Tuvo cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

[VA]). Su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le informarán todos los años si su cobertura de medicamentos es acreditable. Puede recibir esta información en una carta o en un boletín informativo de ese plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si en el futuro se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Nota:** Toda carta o aviso debe indicar que usted tenía una cobertura acreditable de medicamentos recetados que debería pagar lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare.
- **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos de medicamentos no son una cobertura acreditable de medicamentos recetados.

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

- Si pasó 63 días o más sin la cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes en el que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, el porcentaje de penalización será del 14%.
- A continuación, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio del plan para los planes de medicamentos de Medicare del año anterior a nivel nacional (prima base nacional del beneficiario). Para 2026, el monto promedio de la prima será de \$38.99.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima base nacional del beneficiario y redondee a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% multiplicado por \$38.99, lo que equivale a \$5.46. Esto se redondea en \$5.50. Este monto se suma **a la prima mensual del plan en el caso de una persona que tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- **La multa puede cambiar cada año** porque la prima base nacional del beneficiario también puede cambiar cada año.
- **Continuará 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.
- Si es *menor* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años de edad, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará únicamente en los meses en los que

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

no tenga cobertura después del periodo de inscripción inicial por tener antigüedad 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 el plazo de 60 días** a partir de la fecha que figura en la primera carta que recibe y que indica que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad para solicitar la revisión de esta multa por inscripción tardía.

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

Sección 4.4 Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula a partir de sus ingresos brutos ajustados modificados, según se informaron en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años. Si este monto supera cierta cantidad, pagará el monto de la prima estándar y el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente deba pagar conforme a sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta para informarle cuál será ese monto adicional. El monto adicional se deducirá del cheque de beneficios que reciba del Seguro Social, de la Junta de Jubilación Ferroviaria o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague usualmente la prima de nuestro plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga el IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá su cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitarle al Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el Plan de pago de recetas de Medicare, todos los meses pagará la prima de nuestro plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

lo que usted debe por cualquier medicamento recetado que obtenga, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que restan del año.

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

SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual del plan

Sección 5.1 Cómo pagar la prima de nuestro plan

Hay dos formas de pagar la prima de nuestro plan.

Opción 1: Pago con cheque

- Le enviaremos una factura cada mes antes del día 15 del mes anterior. Su prima siempre vence el primer día del mes. Asegúrese de seguir estos pasos para que no haya demoras en el procesamiento de sus pagos. Usted es responsable de asegurarse de que la prima del plan se pague a tiempo. Haga su cheque a nombre de ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP), no de los CMS ni del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS). También puede hacer un giro postal si no tiene una cuenta corriente.
- Su cheque se debe enviar por correo a la dirección que figura en la factura.
- Escriba su identificación de miembro de ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) en el cheque. Puede encontrar su identificación de miembro en la factura o en su tarjeta de identificación.
- Si otra persona realiza un pago por usted, asegúrese de que su nombre e identificación de miembro estén escritos en el cheque.
- Si desea pagar más de un mes de prima, simplemente escriba los meses que está pagando y haga su cheque por el monto total.
- Si no recibe una factura o la pierde, llame a Servicios para Miembros (en el dorso de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Opción 2: Que las primas del plan se deduzcan de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la forma en que paga su prima del plan. Si decide cambiar la forma en que paga la prima del plan, su nuevo método de pago puede tardar hasta 3 meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que la prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, comuníquese con Servicios para Miembros.

Si tiene problemas para pagar la prima del plan

La prima del plan vence en nuestra oficina el primer día del mes. Si no recibimos su pago antes del primer día del mes, le enviaremos un aviso para informarle que la afiliación de

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

nuestro plan finalizará si no recibimos su prima dentro de los 60 días. Si adeuda una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagarla para mantener su cobertura de medicamentos.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos dirigirlo a programas que lo ayuden con sus costos.

Si finalizamos su membresía porque no pagó la prima, tendrá cobertura de salud de Original Medicare. Es posible que no pueda obtener la cobertura de medicamentos de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el Período de inscripción abierta. (Si no tiene cobertura acreditable para medicamentos durante más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que finalizamos su membresía, es posible que aún nos deba primas impagas. Tenemos derecho a llevar adelante el cobro del monto que debe. Si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos) en el futuro, deberá pagar el monto que deba antes de poder inscribirse.

Si cree que finalizamos su afiliación por error, puede presentar una queja (también llamada reclamo). Si tuvo una circunstancia de emergencia fuera de su control que le impidió pagar la prima de su plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, volveremos a revisar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja o llámenos al 1-844-206-3719 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados), desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su queja a más tardar 60 días calendario después de la fecha en que finaliza su membresía.

Sección 5.2 La prima mensual del plan no cambiará durante el año

No podemos cambiar el monto de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambiará para el año siguiente, se lo notificaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

Si comienza a ser elegible para recibir la Ayuda adicional o pierde la elegibilidad para esta durante el año, es posible que cambie la parte de la prima del plan que tiene que pagar. Si califica para recibir la Ayuda adicional para los costos de su cobertura de medicamentos, esta paga parte de la prima mensual de su plan. Si pierde la elegibilidad para recibir la Ayuda adicional durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual completa del plan. Obtenga más información sobre la Ayuda adicional en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado el registro de membresía de nuestro plan

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción, incluidos su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber cuáles son los servicios y medicamentos cubiertos, y los montos de costos compartidos**. Debido a esto, es muy importante que ayude a mantener su información actualizada.

Si se produce alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que posea (como la cobertura de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación de los trabajadores o Medicaid).
- Cualquier reclamación de responsabilidad, por ejemplo, reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Si lo admiten en un hogar de ancianos.
- Si recibe cuidado en un hospital o sala de emergencia que está fuera del área de servicio o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como la persona a cargo de su cuidado).
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No es obligación informarle a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si esta información cambia, infórmenos llamando a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para poder coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios en virtud de nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con una lista de cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que conozcamos. Lea esa información detenidamente. Si es correcta, no

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

tendrá que hacer nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no se menciona, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que tenga que darle el número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen en tiempo y forma.

Cuando tiene otro seguro (por ejemplo, cobertura de salud grupal del empleador), las normas de Medicare deciden si paga primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero (“el pagador primario”) realiza el pago hasta alcanzar los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (“pagador secundario”) solo realiza el pago si quedaron costos pendientes de la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague los costos no cubiertos. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si usted tiene cobertura de jubilados, Medicare paga en primer lugar.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años, tiene una discapacidad y usted (o su familiar) todavía trabaja, su plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 100 o más trabajadores, o si al menos un empleador de un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 trabajadores.
 - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) todavía trabaja, su plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 20 trabajadores o más, o si al menos un empleador de un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 trabajadores.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará en primer lugar durante los primeros 30 meses después de que usted haya sido elegible para Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan en primer lugar los servicios relacionados con cada tipo de situación:

- Seguro contra todo riesgo (incluye seguro de automóviles)
- Responsabilidad (incluye seguro de automóviles)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación de los trabajadores

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)

Si necesita ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de membresía, llame o escriba a Servicios para Miembros de ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Con gusto lo ayudaremos.

Información de contacto de Servicios para Miembros

Llame al	1-844-206-3719 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días que son feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días que son feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	1-833-610-2390
Escriba al	ProCare Advantage PO Box 815 Glen Burnie, MD 21060-0815 customerservice@procareadvantageplan.com
Sitio web	ProCareAdvantagePlan.com

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Cómo solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su cuidado médico**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones relacionadas con su cuidado médico o sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Información de contacto de decisiones de cobertura y apelaciones sobre cuidado médico o medicamentos de la Parte D

Llame al	1-844-206-3719 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días que son feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días que son feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	1-833-610-2390
Escriba al	ProCare Advantage PO Box 815 Glen Burnie, MD 21060-0815 customerservice@procareadvantageplan.com
Sitio web	ProCareAdvantagePlan.com

Cómo presentar una queja sobre su cuidado médico

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su cuidado. Este tipo de quejas no abarca disputas sobre la cobertura o el pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado médico, consulte el Capítulo 9.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Información de contacto de quejas sobre el cuidado médico**

Llame al	1-844-206-3719 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días que son feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días que son feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	1-833-610-2390
Escriba al	ProCare Advantage PO Box 815 Glen Burnie, MD 21060-0815 customerservice@procareadvantageplan.com
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) directamente a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de cuidado médico o de medicamentos que recibí

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

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

Información de contacto de solicitudes de pago de reclamaciones médicas de la Parte C

Fax	1-833-610-2390
Escriba al	ProCare Advantage PO Box 815 Glen Burnie, MD 21060-0815 customerservice@procareadvantageplan.com
Sitio web	ProCareAdvantagePlan.com

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Información de contacto para solicitudes de pago de medicamentos recetados de la Parte D**

Fax	1-855-668-8550
Escriba al	ProCare Advantage Part D Manual Claims PO Box 1039 Appleton, WI 54912-1039
Sitio web	ProCareAdvantagePlan.com

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Información de contacto de Medicare

Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Escriba al	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.
Sitio web	www.Medicare.gov <ul style="list-style-type: none"> • Obtenga información sobre los planes médicos y de medicamentos de Medicare en su área, incluido su precio y los servicios que ofrecen. • Encuentre médicos u otros proveedores de cuidado de la salud participantes en Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inyecciones o vacunas, y consultas anuales de “bienestar”).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

- Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare.
- Obtenga información sobre la calidad del cuidado brindado por los planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar, centros de diálisis, centros de hospicio, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de cuidado a largo plazo.
- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

También puede visitar [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para informarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP).

Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma muy seriamente sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado (SHIP)

El Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en cada estado y que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Texas, el SHIP se denomina Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (HICAP) de Texas.

El Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (HICAP) de Texas es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud a nivel local a personas con Medicare.

Los asesores del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (HICAP) de Texas pueden ayudarlo a comprender sus derechos en relación con Medicare, presentar quejas sobre el cuidado o tratamiento médicos, y solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (HICAP) de Texas también pueden ayudarlo a abordar las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare, comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Información de contacto del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (HICAP) de Texas (SHIP de Texas)

Llame al	1-800-252-9240
TTY	711

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Escriba al	Texas Department of Aging and Disability Services 701 West 51st Street, MC: W275 Austin, TX 78751
Sitio web	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) designada presta servicios a las personas con Medicare en cada estado. En Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Acentra Health.

Acentra Health cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud pagados por Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas que tienen Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No tiene ninguna vinculación con nuestro plan.

Comuníquese con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad del cuidado que recibió. Algunos ejemplos de problemas relacionados con la calidad del cuidado son obtener el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico erróneo.
- Considera que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Piensa que la cobertura de su cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

Información de contacto de Acentra Health (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Texas)

Llame al	1-888-315-0636 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.; los fines de semana y los días que son feriados, de 10:00 a. m. a 4:00 p. m., hora local.
TTY	711
Escriba al	1650 Summit Lake Dr. Suite 102 Tallahassee, FL 32317
Sitio web	https://www.acentraqio.com/

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**SECCIÓN 5 Seguro Social**

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

Información de contacto del Seguro Social

Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y para realizar algunas operaciones, las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponibles 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, estatal y federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que tienen Medicare también son elegibles para Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de este. Estos **programas de ahorros de Medicare** incluyen lo siguiente:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas y otros costos compartidos de la Parte A y la Parte B de Medicare (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [QMB+]).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [SLMB+]).
- **Personas que califican (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y los programas de ahorros de Medicare, comuníquese con Texas Medicaid.

Información de contacto de Texas Medicaid

Llame al	1-800-335-8957 De 7 a. m. a 7 p. m., hora local, de lunes a viernes
TTY	711
Escriba al	Texas Health and Human Services Commission P.O. Box 13247 Austin, TX 78711-3247
Sitio web	https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar medicamentos recetados

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

Ayuda adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda adicional que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos para personas con ingresos y recursos limitados. Si reúne los requisitos, recibirá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de su plan de medicamentos de Medicare. La Ayuda adicional también se tiene en cuenta para los gastos de bolsillo.

Si automáticamente califica para recibir la Ayuda adicional, Medicare le enviará una carta morada para informarle. Si no califica automáticamente, puede presentar su solicitud en cualquier momento. Para saber si califica para recibir la Ayuda adicional

- Visite <https://secure.ssa.gov/i1020/start> para presentar su solicitud en línea.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

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

Si califica para recibir la Ayuda adicional y cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarlo a tener constancia del monto correcto del copago. Si ya tiene información de la cantidad correcta, podemos ayudarlo a compartirla con nosotros.

- Si necesita ayuda para obtener las mejores pruebas disponibles, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en la última página de este documento.
- **Prueba de que ya tiene el estado de “Ayuda adicional”**
 - Si ya tiene un documento que prueba que ha calificado para recibir la “Ayuda adicional”, también puede mostrarlo la próxima vez que vaya a la farmacia para obtener un medicamento recetado.
 - Puede usar cualquiera de los siguientes documentos para proporcionarnos pruebas o para mostrar como prueba en la farmacia.
 - Una copia de su tarjeta de Medicaid que muestre su nombre y la fecha en que se volvió elegible para la “Ayuda adicional”. La fecha tiene que ser en el mes de julio o posterior del año pasado.
 - Una carta de la Administración del Seguro Social que muestre su estado de “Ayuda adicional”. Esta carta se podría llamar información importante, carta de concesión, aviso de cambio o aviso de acción.
 - Una carta de la Administración del Seguro Social que demuestre que recibe seguridad de ingreso suplementario. Si ese es el caso, también califica para recibir la “Ayuda adicional”.
- **Prueba de que tiene un estado activo de Medicaid**
 - Una copia de cualquier documento estatal o de cualquier copia impresa del sistema estatal que muestre su estado activo de Medicaid. La fecha activa que se muestra tiene que ser en el mes de julio o posterior del año pasado.
 - Prueba de un pago de Medicaid por una estadía en un centro médico. Su estadía en el centro médico debe durar al menos un mes completo y debe ser en el mes de julio o posterior del año pasado.
 - Un estado de cuenta del centro que muestre el pago de Medicaid.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

- Una copia de cualquier documento estatal o de cualquier copia impresa del sistema estatal que muestre el pago de Medicaid en su nombre.
- Si primero muestra uno de los documentos mencionados anteriormente como prueba en la farmacia, envíenos también una copia. Envíe el documento por correo a la dirección del plan que aparece en la última página de este documento.
- Cuando tengamos la evidencia que demuestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto cuando surta su próxima receta. Si paga más que el copago, le reembolsaremos la diferencia, ya sea mediante cheque o un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que hagamos el pago directamente al estado. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

¿Qué ocurre si tiene la Ayuda adicional y la cobertura del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar los medicamentos recetados, las primas del plan de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la Ayuda adicional de Medicare paga primero.

Consulte la tabla a continuación para obtener información sobre el SPAP específica del estado.

¿Qué sucede si tiene la Ayuda adicional y la cobertura del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/SIDA a acceder a los medicamentos vitales para el VIH. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también figuran en el formulario del ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos de recetas a través del ADAP de su estado y del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP).

Nota: Para ser elegibles para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con determinados criterios, entre ellos: evidencia de residencia en el estado y condición de portador de VIH, bajos ingresos (según lo definido por el estado) y la condición de persona no asegurada o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su representante de inscripción en el ADAP local para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP) al 1-800-255-1090.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados cuentan con Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad, condición médica o discapacidad. Cada estado tiene reglas distintas para brindar la cobertura de medicamentos a sus miembros.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

En Texas, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP).

Información de contacto del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) del THMP de Texas (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Texas)

Llame al	1-888-311-7632 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local, de lunes a viernes
TTY	711
Escriba al	Texas HIV Medication Program, ATTN: MSJA, MC 1873 PO Box 149347 Austin, TX 78714
Sitio web	https://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/spap

Plan de Pago de Recetas de Medicare

El Plan de Pago de Recetas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar los gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo **del año calendario** (enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ofrece descuentos en los costos ni costos más bajos para sus medicamentos. Si participa en el Plan de pago de recetas de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Información de contacto del Plan de pago de recetas de Medicare

Llame al	1-844-206-3719 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días que son feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
-----------------	---

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días que son feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	1-833-610-2390
Escriba al	ProCare Advantage PO Box 815 Glen Burnie, MD 21060-0815 customerservice@procareadvantageplan.com
Sitio web	ProCareAdvantagePlan.com

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB)

La Junta de Jubilación Ferroviaria es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores del sistema ferroviario de la nación y sus familias. Si obtiene Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviaria, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con la agencia.

Información de contacto de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB)

Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la 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 días miércoles. Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada las 24 horas, incluidos 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 de la audición o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de un plan grupal del empleador o para jubilados (suyo o de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios de su empleador/sindicato o a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre sus beneficios de salud, sus primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge, o pareja de hecho). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare en virtud de este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3:

Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener cuidado médico como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que debe saber sobre el uso de nuestro plan para obtener cuidado médico cubierto. Para obtener más información sobre qué cuidado médico cubre nuestro plan y cuánto paga usted cuando recibe cuidado, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de cuidado de la salud.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y su monto del costo compartido como pago total. Hicimos los arreglos necesarios para que estos proveedores prestaran servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por el cuidado que le brindan. Cuando usted visita a un proveedor dentro de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo por los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen todo el cuidado médico, los servicios de cuidado de la salud, los suministros, el equipo y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios de cuidado médico cubiertos para usted se detallan en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. En el Capítulo 5, se analizan los servicios cubiertos para medicamentos recetados.

Sección 1.2 Normas básicas para que su cuidado médico esté cubierto por nuestro plan

Como plan médico de Medicare, ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Por lo general, ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) cubrirá su cuidado médico siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

- **El cuidado que recibe está incluido en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **El cuidado que recibe se considera médicamente necesario.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted cuenta con un proveedor de cuidado primario (PCP) de la red que le brinda cuidado y lo supervisa.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
 - En la mayoría de los casos, no necesita la aprobación por adelantado de su PCP para acudir a otros proveedores especializados de la red del plan.
 - Nuestro plan debe darle aprobación por adelantado (autorización previa) antes de que pueda acceder a determinados procedimientos y servicios. Para obtener más información sobre los servicios y procedimientos que requieren autorización previa, consulte la Sección 2.3.
 - No se requiere autorización ni aprobación previa para la atención de emergencia, ni los servicios de urgencia. Para obtener más información sobre otros tipos de cuidado que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP, vaya a la Sección 2.2.
- **Debe recibir el cuidado de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que usted debe pagarle al proveedor el costo total de los servicios que reciba. Aquí hay 4 excepciones:
 - Cualquier categoría de beneficio que tenga una opción de Punto de Servicio (POS).
 - Nuestro plan cubre los servicios de cuidado de emergencia o de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué son los servicios de emergencia o urgencia, consulte la Sección 3.
 - Si necesita recibir cuidado médico que Medicare requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas de nuestra red que brinden este cuidado, puede obtenerlo de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera el cuidado de un proveedor de la red. Para obtener información acerca de cómo obtener una aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o es inaccesible temporalmente. Los costos compartidos que usted paga a nuestro plan para diálisis nunca pueden ser más altos que los costos compartidos de Original Medicare. Si está fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan, sus costos compartidos no pueden ser más altos que los costos compartidos que

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor dentro de la red habitual para los servicios de diálisis no está disponible temporalmente y usted decide recibir los servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, es posible que sus costos compartidos para los servicios de diálisis sean más altos.

SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red de nuestro plan para recibir cuidado médico

Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de cuidado primario (PCP) para que brinde y supervise su cuidado médico**¿Qué es un PCP y qué hace por usted?****• ¿Qué es un PCP?**

Un PCP es un médico que (1) tiene un contrato con ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP), (2) tiene licencia para ejercer medicina alopática (MD) u osteopática (DO) y (3) es responsable de brindar servicios de atención primaria a los miembros inscritos en ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) en el hogar de ancianos, centro de vida asistida o centro de atención de enfermería especializada (SNF), lo que incluye la coordinación y administración de la prestación de todos los servicios cubiertos.

• ¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?

ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) contratará los servicios de PCP con médicos que se dediquen a la práctica general, la medicina familiar o la medicina interna. En algunos casos, ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) puede contratar a médicos de medicina interna que también cuenten con una certificación de subespecialidad de la junta en una especialidad relevante para la población de miembros de ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP), como neumología y cardiología.

• ¿Cuál es la función de un PCP en nuestro plan?

Los PCP brindan servicios regulares de atención al paciente en el entorno más adecuado y trabajan para optimizar la atención y minimizar la necesidad de traslados fuera del hogar para recibir servicios ambulatorios. Trabajan directamente con el miembro para proporcionar y supervisar todos los aspectos de su atención, incluso evaluar, recomendar o proporcionar tratamientos para optimizar el estado de salud del miembro.

• ¿Cuál es la función del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

Los médicos de atención primaria son responsables de la coordinación de la atención preventiva de rutina junto con cualquier servicio auxiliar que se deba prestar con autorización.

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

- **¿Cuál es la función del PCP en la toma de decisiones sobre la autorización previa (PA) o en la obtención de ella, si corresponde?**

Los PCP son responsables de solicitar autorizaciones previas para cualquier admisión programada o electiva, o para los servicios/procedimientos solicitados por el PCP y que requieren una autorización previa. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los servicios que requieren autorizaciones previas.

¿Cómo elegir un PCP?

Usted seleccionó a un PCP cuando completó el formulario de inscripción. Si no seleccionó a un PCP o si el médico que seleccionó no era un PCP válido en nuestra red, el plan le asignó un PCP.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También podría ser posible que su PCP deje de formar parte de la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso tendrá que elegir uno nuevo. Si necesita o desea cambiar de PCP, no estará limitado a los especialistas u hospitales específicos a los que lo remite el PCP.

Si quiere cambiar de PCP, llame a Servicios para Miembros. En la mayoría de los casos, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la solicitud.

Sección 2.2 Cuidado médico que puede recibir sin una derivación del PCP

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

- Cuidado de salud de la mujer de rutina, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
- Vacunas contra la influenza, la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores dentro de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no son una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, debido al horario, lugar y circunstancias en las que se encuentra, no es razonable obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. En lo posible, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudar a coordinar sus servicios de diálisis de mantenimiento mientras está fuera.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de cuidado médico para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchas clases de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden a los pacientes que tienen cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones del corazón.
- Los traumatólogos atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.
- Es posible que su PCP y los especialistas deban obtener una autorización o aprobación previa para recibir la atención adicional que recomienden u ordenen. Esta responsabilidad no recae en el médico de atención primaria mientras la atención del miembro esté bajo la supervisión del especialista
- El plan documenta y evalúa las solicitudes de autorización, procesa la determinación de autorización y notifica al proveedor de la determinación. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para obtener una lista de los servicios que requieren autorización previa.
- La selección de un PCP en la red de ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) no suele dar lugar a limitaciones en el acceso a especialistas u hospitales.
- Para obtener ayuda, llame al número de Servicios para Miembros que figura al reverso de este documento.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red deja nuestro plan

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor se retirará de nuestro plan para que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
 - Si su proveedor de cuidado primario o de salud conductual deja nuestro plan, se lo notificaremos si consultó a ese proveedor en los últimos 3 años.

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

- Si cualquiera de sus otros proveedores deja nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a este proveedor, si actualmente recibe cuidado de dicho proveedor o si lo ha visitado en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que continúe recibiendo cuidado.
- Si está bajo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar seguir recibiendo el tratamiento o la terapia médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo cuidado.
- Le daremos información sobre los periodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas, organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con los costos compartidos dentro de la red.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor que administre su cuidado.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que su cuidado no se administra de forma adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad del cuidado ante la QIO, un reclamo sobre la calidad del cuidado ante nuestro plan, o ambos (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Este plan tiene una opción de Punto de Servicio (POS) para ciertos servicios. Esto significa que se le permite consultar con proveedores dentro y fuera de la red para esos servicios de POS especificados. El costo compartido de los miembros puede ser más alto cuando se reciben servicios de POS cubiertos de un proveedor fuera de la red. Además, los proveedores fuera de la red deben estar ubicados dentro de los Estados Unidos o sus territorios. Para obtener más información sobre qué servicios tienen una opción de beneficios de POS, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. De lo contrario, el cuidado que reciba de proveedores fuera de la red no estará cubierto, a menos que este cumpla con una de las excepciones descritas en la Sección 1 de este capítulo. Para obtener más información sobre cómo recibir atención de proveedores fuera de la red en caso de una emergencia médica o si tiene una necesidad urgente de recibir atención, consulte la Sección 3 de este capítulo.

SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad de cuidado urgente

Sección 3.1 Reciba cuidado si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted o una persona prudente no experta, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica de inmediato a fin de prevenir la muerte (y, si es mujer y está embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o el 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 tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para recibir ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la aprobación o una derivación del PCP. No necesita acudir a un médico de la red. Puede recibir cuidado médico de emergencia cubierto siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Asegúrese de que nuestro plan haya sido informado de su emergencia lo antes posible.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona deben llamarnos para avisarnos sobre el cuidado de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otro modo pondría su salud en peligro. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brinden el cuidado de emergencia decidirán cuándo se estabiliza su condición y cuándo habrá finalizado la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, tiene derecho a recibir cuidado de seguimiento para asegurarse de que su condición esté estable. Sus médicos continuarán tratándole hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y hagan planes para recibir cuidado adicional. El cuidado de seguimiento estará cubierto por nuestro plan.

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

Si recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de hacer los arreglos necesarios para que los proveedores de la red se ocupen de su cuidado tan pronto como lo permitan su condición médica y las circunstancias.

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

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que vaya para recibir cuidado de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y que el médico diga que, después de todo, no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, mientras usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su cuidado.

Sin embargo, si el médico sostiene que no se trató de una emergencia, cubriremos el cuidado adicional *solo* si la recibe de uno de estos 2 modos:

- Acude a un proveedor de la red para recibir cuidado adicional, o
- El cuidado adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas a continuación para obtener este cuidado de urgencia.

Sección 3.2 Reciba cuidado cuando necesite servicios de urgencia

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio necesario de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable debido al horario, lugar y circunstancias en las que se encuentra recibir este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias a proveedores, como los chequeos anuales, no se consideran necesarias de forma urgente, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

En el *Directorio de proveedores* del plan encontrará qué centros en su área están dentro de la red. Esta información también se puede encontrar en línea en ProCareAdvantagePlan.com. Si tiene cualquier otra pregunta sobre la atención de urgencia, comuníquese con Servicios para Miembros.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia o cualquier otro servicio que reciba fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Reciba cuidado durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aun así tiene derecho a recibir cuidado de nuestro plan.

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

Visite ProCareAdvantagePlan.com para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede acudir a un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir cuidado de proveedores fuera de la red con los costos compartidos dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

Si pagó más que los costos compartidos de nuestro plan por servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de dichos servicios. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo total

ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios, tal y como se detallan en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, también paga el costo total de los servicios que reciba después de usar la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Cualquier monto que pague después de haber alcanzado el límite de beneficios no se contempla para su costo máximo anual de bolsillo.

SECCIÓN 5 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 *estudio 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. Medicare aprueba ciertos estudios de investigación clínica. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan la participación de voluntarios. Cuando participa de un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto del cuidado (cuidado que no esté relacionado con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa de un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que participa de un ensayo clínico calificado, solo es responsable de pagar los costos

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

compartidos dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costos compartidos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Deberá entregar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si desea participar en algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no hace falta que nos lo informe ni que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. No es necesario que los proveedores que le brinden cuidado como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de nuestro plan (esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un registro o ensayo clínico para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia [NCD-CED] y estudios de exenciones sobre dispositivos de investigación [IDE]. Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

Si bien no necesita permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando decida participar en los ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

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

- Habitación y alimentación por una hospitalización que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
- Una cirugía u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones del nuevo cuidado.

Luego de que Medicare pague su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos de Original Medicare y los costos compartidos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre cuánto pagó como costo compartido. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Ejemplo de costos compartidos en un ensayo clínico: Supongamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Su parte del costo de esta prueba es de \$20 con Original Medicare, pero la prueba sería de \$10 con nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Original Medicare. Debe notificar a nuestro plan que recibió un

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

servicio de ensayo clínico calificado y enviar la documentación (como una factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan le pagaría directamente \$10. Esto hace que su pago neto por la prueba sea de \$10, la misma cantidad que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará el artículo o servicio nuevo que el estudio esté probando, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio aunque usted no participe en un estudio.
- Productos o servicios provistos solamente para recopilar datos y que no se utilizan en el cuidado de la salud directo. Por ejemplo, Medicare no pagará tomografías computarizadas (CT) mensuales que se realicen como parte de un estudio si su condición médica normalmente requiere solo una.
- Los artículos y servicios proporcionados por los patrocinadores de la investigación son gratuitos para las personas que participan en el ensayo.

Obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica

Para obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica, consulte la publicación de Medicare *Medicare and Clinical Research Studies (Medicare y los estudios de investigación clínica)*, disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1 Una institución religiosa de cuidado de la salud no médico

Una institución religiosa de cuidado de la salud no médico es un centro que provee cuidado para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas del miembro, en su lugar cubriremos el cuidado en una institución religiosa de cuidado de la salud no médico. Este beneficio se brinda solo para servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de cuidado de la salud no médico).

Sección 6.2 Cómo obtener cuidado en una institución religiosa de cuidado de la salud no médico

Para recibir cuidado en una institución religiosa de cuidado de la salud no médico, debe firmar un documento legal que diga que se opone a conciencia a obtener tratamiento médico **no exceptuado**.

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

- El tratamiento o el cuidado médico **no exceptuado** es cualquier cuidado o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no sea obligatorio* según cualquier ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** corresponde al cuidado o tratamiento médico que *no se considera voluntario* o que *es obligatorio* según la ley federal, estatal o local.

Para estar cubierto por nuestro plan, el cuidado que reciba de una institución religiosa de cuidado de la salud no médico debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos *no religiosos* del cuidado.
- Si usted recibe servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una condición médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes al cuidado hospitalario para pacientes internados o al cuidado en un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su estadía no estará cubierta.

Los límites de cobertura aplicables se describen en Atención hospitalaria para pacientes internados en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No será propietario de algunos equipos médicos duraderos después de realizar cierta cantidad de pagos de acuerdo con nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchón motorizado, muletas, suministros para el tratamiento de la diabetes, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa (IV), nebulizadores y camas hospitalarias solicitadas por un proveedor para que los miembros las usen en su hogar. El miembro siempre es propietario de algunos artículos de DME, como las prótesis. Hay otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero pueden quedarse con el equipo después de haber pagado el copago del artículo durante 13 meses. **Como miembro de ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP), por lo general, no obtendrá propiedad de los artículos de los equipos médicos duraderos (DME) alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No obtendrá la propiedad, aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Original Medicare antes de inscribirse

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

en nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos a usted la propiedad de un artículo de DME. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para adquirir la propiedad de dicho artículo. Los pagos que hizo mientras estuvo inscrito en nuestro plan no se tienen en cuenta para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Usted realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y, luego, se unió a nuestro plan. Los pagos que hizo en Original Medicare no se contabilizan.

Ejemplo 2: Usted realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y, luego, se unió a nuestro plan. No adquirió la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego vuelve a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para ser propietario del artículo una vez que se vuelva a inscribir en Original Medicare. Cualquier pago que ya haya hecho (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no se tiene en cuenta.

Sección 7.2 Normas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) cubrirá lo siguiente:

- El alquiler del equipo de oxígeno
- El suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Las sondas y los accesorios relacionados con el oxígeno para la entrega del oxígeno y el contenido de oxígeno
- El mantenimiento y las reparaciones del equipo de oxígeno

Si usted deja ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario, debe devolver el equipo.

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

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

CAPÍTULO 4:

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

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

En la Tabla de beneficios médicos se enumeran sus servicios cubiertos y se indica cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP). En esta sección también se brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y se explican las restricciones de determinados servicios.

Sección 1.1 **Gastos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos**

Los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos incluyen:

- **Deducible:** el monto que usted debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. (En la Sección 1.2 encontrará más información sobre el deducible del plan).
- **Copago:** el monto fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos, se incluye más información sobre los copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje del costo total de ciertos servicios médicos que usted paga. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos, se incluye más información sobre el coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguros. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrarle a su proveedor un comprobante de elegibilidad de Medicaid o de QMB.

Sección 1.2 **El deducible de nuestro plan**

Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare para 2026. Estos son los montos de costo compartido de 2025 y es posible que cambien para 2026. El plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como se comuniquen. El deducible de la Parte B es de \$257. Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total de sus servicios cubiertos. Después de que pague su deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos por los servicios médicos cubiertos, y usted pagará su parte (el monto de su copago o coseguro) por el resto del año calendario.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

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

- Beneficios adicionales de telesalud
- Servicios de emergencia/de urgencia
- Servicios de cuidado de la salud en el hogar
- Insulina proporcionada a través de un producto de equipo médico duradero
- Servicios del Programa Intensivo para Pacientes Ambulatorios
- Servicios preventivos cubiertos por Medicare
- Servicios de médicos de atención primaria
- Beneficios suplementarios

Sección 1.3 Nuestro plan también tiene un deducible separado para ciertos tipos de servicios

Además del deducible del plan que se aplica a todos los servicios médicos cubiertos, también tenemos un deducible para ciertos tipos de servicios.

Nuestro plan tiene un monto deducible para ciertos servicios. Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total del cuidado de salud mental y hospitalario para pacientes internados con los costos compartidos de Original Medicare. Después de que pague su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios, y usted pagará su parte. En la Tabla de beneficios médicos se muestran los deducibles de la categoría de servicio.

Sección 1.4 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare?

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto total que usted tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP) para los servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP) es de \$9,250.**

Los montos que paga por los deducibles, copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red y fuera de la red se tienen en cuenta para este monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que usted paga por las primas del plan y los medicamentos de la Parte D no se tienen en cuenta para el gasto máximo de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para el gasto máximo de bolsillo. Cada servicio mencionado en la Tabla de beneficios médicos cuyo costo compartido se tiene en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo contiene la siguiente frase: “Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo”. Si alcanza el gasto

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

máximo de bolsillo de \$9,250, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo durante 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 nuestro plan y la de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

Sección 1.5 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP), usted tiene una protección importante, ya que después de cumplir con los deducibles, solo tiene que pagar el monto de costos compartidos cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, llamados **facturación de saldo**. Esta protección se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección contra la facturación de saldos:

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo de dólares, por ejemplo, \$15.00), usted paga solo ese monto por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si sus costos compartidos son un coseguro (un porcentaje del total de los cargos), nunca pagará más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, debe pagar el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, debe pagar el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una derivación, o para servicios de emergencias o de urgencia).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, debe pagar el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una derivación, o para servicios de emergencias o de urgencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 En la Tabla de beneficios médicos se muestran sus beneficios y costos médicos

En la Tabla de beneficios médicos de las páginas siguientes se indican los servicios que cubre ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios listados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de acuerdo con las guías de cobertura de Medicare.
- Los servicios (que incluyen cuidado médico, servicios, suministros, equipos y medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos inscritos, su plan de cuidado coordinado Medicare Advantage (MA) debe proporcionar un periodo de transición de al menos 90 días, durante el cual el nuevo plan MA no puede requerir autorización previa para ningún tratamiento en curso, incluso si el tratamiento comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted cuenta con un proveedor de cuidado primario (PCP) que le brinda cuidado y lo supervisa.
- Algunos servicios listados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada autorización previa). Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa se marcan en la Tabla de beneficios médicos con una nota al pie.
- Si su plan de atención coordinada proporciona aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención según los criterios de cobertura, su historia clínica y la recomendación del proveedor tratante correspondientes.

Otros datos importantes sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2026* [Medicare y usted para 2026]. También puede consultarlo en línea en www.Medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- En el caso de los servicios preventivos cubiertos sin costo en virtud de Original Medicare, también cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o monitoreo para detectar una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por el cuidado que recibió por dicha afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del periodo de 1 mes de elegibilidad considerada continua de nuestro plan, seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por el plan y sus montos de costos compartidos no cambiarán durante este periodo.



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




Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted presenta ciertos factores de riesgo y si obtiene una derivación de su médico, asistente médico, enfermero especializado o enfermero clínico especializado.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.</p>
<p>Acupuntura para el dolor crónico en la parte inferior de la espalda</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:</p> <p>Para el propósito de este beneficio, el dolor crónico en la parte inferior de la espalda se define de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dura 12 semanas o más. • No específico, es decir, no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está asociado a la cirugía. • Además, no está asociado al embarazo. <p>Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anuales.</p>	<p>Coseguro del 20%</p> <p>El deducible se aplica.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>



Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>El tratamiento se debe suspender si el paciente no está mejorando o está en regresión.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (según la definición de la sección 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura conforme a los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los auxiliares médicos (PA), los profesionales en enfermería (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (según la definición del artículo 1861(aa) (5) del Título de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales pertinentes y si tienen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • Además, deben tener una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio o Commonwealth (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o distrito de Columbia. <p>Los servicios auxiliares que proporcionan acupuntura deben estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, tal como lo establecen nuestras regulaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR).</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sean de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala giratoria y terrestre, hasta el centro adecuado más cercano que pueda brindar cuidado si son prestados a un miembro cuya condición médica sea tal que cualquier otro medio de transporte pudiera poner en peligro la salud de la persona, o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la condición del miembro es tal, que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>Coseguro del 20% por cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare. El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p><i>Se requiere autorización previa para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.</i></p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	<p>Coseguro del 20% por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare. El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p><i>Se requiere autorización previa para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.</i></p>
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No hay ningún coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas que califiquen (en general, quienes corren riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses, o con mayor frecuencia si fuera médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de control cubiertas.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses 	
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico.</p> <p>Nuestro plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p> Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de cuidado primario para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante la consulta, el médico debe analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>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).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el examen para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene un riesgo elevado de cáncer vaginal o de cuello uterino, o está en edad de tener hijos y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxación. 	<p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico</p> <p>Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, la administración de medicamentos, y la coordinación y planificación del cuidado.</p>	<p>Los costos compartidos para este servicio variarán dependiendo de los servicios individuales proporcionados durante el curso del tratamiento. Consulte las secciones “Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico” y “Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios” de esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Las siguientes pruebas de detección están cubiertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima o máxima y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes con alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o 47 meses después del mes en el que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no son de alto riesgo después de haber recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes con alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en las heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Análisis de ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores sanguíneos para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y puede estar sujeto a costo compartido. Consulte la sección “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.</p>




Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con la prueba de detección, como resultado de ella y en el mismo encuentro clínico que ella. 	
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en algunas circunstancias, en particular cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de una condición médica primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas como preparación para el tratamiento de radiación para un cáncer que afecta la mandíbula o exámenes bucales previos al trasplante de órganos.</p>	<p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Además, cubrimos lo siguiente:</p> <p><u>Beneficios suplementarios</u></p> <p>Servicios dentales preventivos</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Exámenes bucales</u> El plan solo cubrirá 2 de las evaluaciones bucales periódicas, limitadas, periodontales o integrales por año calendario. <u>Profilaxis (limpieza)</u> Se limita a 2 consultas por año <u>Radiografías dentales</u> Dos (2) radiografías de aleta de mordida están cubiertas cada año. Una (1) radiografía panorámica o una (1) serie completa de radiografías es un beneficio cubierto una vez cada tres (3) años. Las radiografías intrabucales oclusales son un beneficio cubierto dos (2) veces al año. 	<p>No se requieren coseguro ni copago para los beneficios dentales suplementarios. Los beneficios están sujetos a las limitaciones descritas en esta tabla de beneficios.</p> <p>Máximo: No hay un máximo de dólares para los servicios preventivos</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Tratamiento con flúor</u> Se limita a 1 consulta cada 6 meses • <u>Otros servicios dentales de diagnóstico</u> El plan cubrirá la captura e interpretación de CT de haz cónico, pruebas de vitalidad pulpar y evaluaciones del riesgo de caries. <p>Nuestro plan se asoció con Liberty Dental para proporcionarle los beneficios dentales suplementarios. Tenga en cuenta que algunos servicios requieren revisión clínica para obtener la aprobación previa a la autorización antes del tratamiento. Se debe presentar cierta documentación con estas solicitudes de autorización previa. Estos servicios se revisan clínicamente utilizando la documentación proporcionada para determinar si se indican y son apropiados según las normas de la industria, y si cumplen con todos los requisitos específicos de dicho servicio, tal como se describe en los criterios y pautas clínicas de Liberty Dental. No se cubrirá ningún tratamiento que, en opinión del director dental de Liberty Dental, no sea necesario o que no cumpla los criterios del plan. Si no se proporciona la documentación requerida, el servicio no se puede revisar adecuadamente y, por lo tanto, se denegará. Si se deniega la autorización previa por cualquier motivo, el servicio no estará cubierto y usted será responsable de todos los gastos asociados. Los procedimientos dentales por motivos cosméticos o estéticos no están cubiertos. La cobertura se encuentra limitada a los servicios mencionados en la tabla de beneficios. Si un servicio no está especificado en esa lista, quiere decir que no está incluido y no tiene cobertura.</p> <p>Para encontrar un proveedor de la red o para revisar las Pautas clínicas de Liberty Dental, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 o buscar en el Directorio de proveedores de Liberty Dental en línea en libertydentalplan.com/procareadvantage. Se recomienda que trabaje con su dentista dentro de la red para comprobar la cobertura de beneficios antes de obtener servicios dentales. Si elige usar un proveedor fuera de la red, los servicios que reciba no tendrán cobertura. Las limitaciones y exclusiones adicionales se describen anteriormente.</p>	<p>Asignación adicional de \$150 cada 3 meses para gastar en servicios dentales preventivos incluidos como parte de su tarjeta Healthy Living Flex. Consulte la sección “Tarjeta Healthy Living Flex” en esta tabla de beneficios para obtener más detalles.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en un entorno de cuidado primario que pueda brindar tratamiento de seguimiento o referidos.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de examen de detección de depresión.</p>
<p> Prueba de detección de la diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (incluidas las pruebas de glucemia en ayunas) si tiene cualquiera de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel alto de azúcar en sangre (glucosa). Es posible que también se cubran los exámenes si cumple con otros requisitos; por ejemplo, sobrepeso y antecedentes médicos familiares de diabetes.</p> <p>Puede ser elegible para hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para monitorear la glucemia, como monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes que tienen casos graves de enfermedad del pie diabético: un par de zapatos terapéuticos hechos a medida por año calendario (incluidas las plantillas que se proveen con dichos zapatos) y 2 pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas incluidas con los zapatos). La cobertura incluye la adaptación. 	<p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en ciertas condiciones. 	<p>Copago de \$0 El deducible se aplica.</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón motorizado, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso doméstico, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene dispositivos de una marca o un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. Puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web en ProCareAdvantagePlan.com.</p>	<p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Su costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es de un coseguro del 20% cada vez que recibe equipo o suministros cubiertos por Medicare.</p> <p>Si tiene Medicare y usa oxígeno, alquilará un equipo de oxígeno a un proveedor durante 36 meses. Después de 36 meses, su proveedor debe continuar proporcionando equipos de oxígeno y suministros relacionados durante 24 meses adicionales. Su proveedor debe proporcionar equipos y suministros por hasta un total de 5 años, siempre y cuando usted tenga una necesidad médica de oxígeno.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Atención de emergencia</p> <p>El cuidado de emergencia hace referencia a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrezca un proveedor calificado para suministrar servicios de emergencia. • Sean necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted o una persona prudente no experta, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica de inmediato a fin de prevenir la muerte (y, si es mujer y está embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red son los mismos que cuando recibe estos servicios dentro de la red. La cobertura se limita a los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>Copago de \$90</p> <p>Usted no paga este monto si ingresa en el hospital dentro de 3 días.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su condición de emergencia se estabiliza, debe recibir la atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red autorizado por nuestro plan, y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p>Tarjeta Healthy Living Flex</p> <p>Los miembros pueden destinar los fondos de su asignación a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anteojos • Productos de venta libre (OTC) • Audífonos recetados • Servicios dentales preventivos <p><i>The Helper Bees gestiona este beneficio. Para obtener ayuda para acceder a sus beneficios, comuníquese con The Helper Bees por teléfono al 1-833-284-2439 o visite el portal de miembros en procare.thehelperbeesportal.com.</i></p>	<p>\$150 cada 3 meses</p>
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de audición de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio que realiza su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como</p>	<p>Coseguro del 20%</p> <p>El deducible se aplica.</p> <p>Usted paga estos montos</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>atención para pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Beneficios suplementarios</p> <p>También cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos recetados <p>Comuníquese con el plan para obtener información adicional.</p>	<p>hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Asignación de \$150 cada 3 meses para gastar en audífonos recetados (ambos oídos combinados) incluidos como parte de su tarjeta Healthy Living Flex. Consulte la sección “Tarjeta Healthy Living Flex” en esta tabla de beneficios para obtener más detalles.</p>
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>Para las personas que piden una prueba de detección del VIH o están en mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses. <p>Si está embarazada, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 3 exámenes de detección durante un embarazo. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que sean elegibles para la prueba de detección del VIH preventiva cubierta por Medicare.</p>
<p>Cuidado de una agencia de servicios de cuidado de la salud en el hogar</p> <p>Antes de que usted reciba servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y debe solicitar que sean provistos por una agencia de servicios de cuidado de la salud en el hogar. El requisito es que usted no pueda salir de su hogar, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p>	<p>Copago de \$0 <i>Se requiere autorización previa.</i></p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios parciales o intermitentes de enfermería especializada y de asistente médico a domicilio (para estar cubierto por el beneficio de cuidado de la salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistente médico a domicilio combinados deben sumar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. 	
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración subcutánea o intravenosa de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios profesionales, que incluyen servicios de enfermería, suministrados de acuerdo con nuestro plan de cuidado. • Capacitación y educación para pacientes que no están cubiertos de otra manera por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para la infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. 	<p>Usted paga el costo compartido aplicable por cada servicio obtenido. Consulte las secciones “Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados” y “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.</p>
<p>Cuidado paliativo</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado una prognosis terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y que tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare, y no ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP), paga los servicios paliativos y sus</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, que controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Servicio de cuidados de alivio temporal a corto plazo • Cuidados en el hogar <p>Cuando lo admiten en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p>Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que se relacionen con su pronóstico de enfermedad terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico de enfermedad terminal. Mientras usted esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio le facturará a Original Medicare los servicios que paga Original Medicare. Se le facturarán los costos compartidos de Original Medicare.</p> <p>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no se relacionen con su pronóstico de enfermedad terminal: Si necesita servicios que no son de urgencia ni de emergencia cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no se relacionen con su pronóstico de enfermedad terminal, su costo por estos servicios dependerá de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (por ejemplo, si existe un requisito para obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para recibirlos, solo deberá pagar el monto del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, deberá pagar los costos compartidos según Original Medicare 	<p>servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Para los servicios cubiertos por ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP), pero que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare: ProCare Advantage (HMO-POS, I-SNP) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B, independientemente de la relación que tengan con su pronóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto de costos compartidos de nuestro plan por estos servicios.</p> <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal que requiere cuidados paliativos, usted paga los costos compartidos. Si los medicamentos están relacionados con su condición terminal que requiere cuidados paliativos, usted paga los costos compartidos de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5.</p> <p>Nota: Si necesita cuidado no relacionado con el cuidado paliativo (cuidado que no está relacionado con su pronóstico de enfermedad terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta con hospicios (una única vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha optado por el beneficio de hospicios.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas antigripales/contra la influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza, en otoño e invierno, con vacunas antigripales/contra la influenza adicionales si son médicamente necesarias • Vacunas contra la hepatitis B, si tiene un riesgo alto o intermedio de contagiarse de hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas que cumplan con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare, si usted está en riesgo 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, antigripales, la hepatitis B y la COVID-19.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos en nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información.</p>	
<p>Servicios de apoyo en el hogar</p> <p>Los miembros tienen acceso a un beneficio del programa Servicios de apoyo en el hogar que puede incluir apoyo con actividades de la vida diaria (ADL) o actividades de la vida diaria instrumentales (IADL), como necesidades de higiene personal, tareas domésticas sencillas, tareas de lavandería, preparación de comidas, alimentación, baño y aseo. Esto también puede incluir tareas generales como mandados, acompañamiento a citas, asistencia tecnológica y programación de citas. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</p>	<p>Asignación de \$420 por año</p>
<p>Cuidado hospitalario para pacientes internados</p> <p>Incluye servicios de hospital de cuidados agudos, rehabilitación, cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios de hospital para pacientes internados. El cuidado hospitalario para pacientes internados comienza el día en que lo admiten formalmente en el hospital con una orden del médico. La hospitalización termina el día antes de ser dado de alta del hospital.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería habitual. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidado intensivo o coronario). • Drogas y medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de dispositivos de apoyo, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de la sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. 	<p>Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare para 2026.</p> <p>Usted paga un deducible de \$1,736 por cada estadía cubierta por Medicare Copago de \$0 por día para los días 1 a 60 Copago de \$434 por día para los días 61 a 90 Copago de \$868 por día por cada día de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida)</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gastos de bolsillo.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados • En determinados casos, 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, nos encargaremos de enviar su caso a un centro de trasplantes aprobado por Medicare para que lo revisen y determinen si usted es un candidato para el trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de cuidado de la comunidad, puede elegir un lugar cerca, siempre y cuando los proveedores locales del trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) presta 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 un lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre, incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario, donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que lo haga. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos comenzando con la primera pinta. • Servicios de médicos. <p>Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que le ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de ser un paciente internado o ambulatorio, pregúntele al personal del hospital.</p> <p>Para obtener más información, consulte la hoja de información de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de</i></p>	<p>Si recibe atención para pacientes internados autorizada en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se estabiliza, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>



Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p><i>Medicare.</i> Puede obtener esta hoja de información en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>	
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidado de salud mental que requieren hospitalización. Tiene un límite de 190 días de por vida para los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general.</p>	<p>Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare para 2026.</p> <p>Usted paga un deducible de \$1,736 por cada estadía cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 1 a 60</p> <p>Copago de \$434 por día para los días 61 a 90</p> <p>Copago de \$868 por día por cada día de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida)</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gastos de bolsillo.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Estadía como paciente internado: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o SNF durante una estadía como paciente internado no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios como paciente internado o si la estadía como paciente internado no se considera razonable y necesaria, no cubriremos dicha estadía. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos. 	<p>Cuando su estadía ya no esté cubierta, estos servicios estarán cubiertos como se describe en las siguientes secciones:</p> <p>Consulte la sección “Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos 	<p>del médico” en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.</p> <p>Consulte la sección “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.</p> <p>Consulte la sección “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.</p> <p>Consulte la sección “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Entablillados, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones • Prótesis y dispositivos ortopédicos (aparte de los 	<p>Consulte la sección “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.</p> <p>Consulte la sección</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>dentales) que reemplacen todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo) o toda o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funcione o funcione mal permanentemente, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos dispositivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. 	<p>“Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados” en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.</p> <p>Consulte la sección “Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados” en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.</p> <p>Consulte la sección “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.</p>
<p> Tratamiento médico nutricional</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedades renales (riñón) (pero que no reciben diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo solicite su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe servicios de tratamiento médico de nutrición en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas por año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años, en caso de que su tratamiento sea necesario el siguiente año calendario.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de tratamiento médico de nutrición cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Los servicios del MDPP están cubiertos para personas elegibles conforme a los planes médicos de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambios del comportamiento de la salud que brinda capacitación práctica sobre el cambio alimenticio a largo plazo, el aumento de la actividad física y las estrategias de resolución de problemas con el objetivo de superar los desafíos relacionados con la pérdida de peso sostenida y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare</p> <p>La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan obtienen cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y son inyectados o infundidos mientras recibe servicios del médico, servicios hospitalarios como paciente ambulatorio, o servicios del centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina proporcionada a través de un producto de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan. • El medicamento para el alzhéimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite tomografías y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían sumarse a los costos generales. Consulte a su médico qué tomografías y pruebas puede necesitar como parte del tratamiento. • Factores de coagulación que se administra uno mismo por medio de una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre los tratamientos con medicamentos 	<p>Coseguro del 0% al 20%</p> <p>El coseguro del 0% es lo mínimo que se puede aplicar a un medicamento reembolsable de la Parte B</p> <p>El coseguro del 20% es lo máximo</p> <p>El deducible se aplica.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p><i>Se requiere autorización previa para algunos medicamentos.</i></p> <p>El plan ofrece tratamiento escalonado para la Parte B a la Parte B.</p> <p>El costo de un suministro de insulina para un mes no superará los \$35. No se aplican deducibles.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y la Parte B en el momento en que obtenga los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre medicamentos inmunodepresores si la Parte B no lo hace.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si no puede salir de su hogar, tiene una fractura ósea que un médico haya certificado como relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona que se instruyó correctamente (que puede ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer que usted toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. Como hay nuevos medicamentos orales para el cáncer disponibles, es posible que la Parte B los cubra. Si la Parte B no los cubre, la Parte D los cubre. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre medicamentos orales contra las náuseas que usted utiliza como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si estos se administran antes de la quimioterapia, durante la quimioterapia o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o si se utilizan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para tratar la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. • Medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato 	<p>Coseguro del 0% al 20% El costo compartido depende del medicamento administrado. El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa para algunos medicamentos. En el caso de la quimioterapia, se requiere autorización previa solo para la aprobación inicial del medicamento.</i></p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>bajo el sistema de pago de la ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos. • Fármacos estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras condiciones (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxi-polietilenglicol epoetina beta). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación por vía intravenosa o por sonda). <p>Este enlace lo llevará a una lista de los medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: ProCareAdvantagePlan.com</p> <p>También cubrimos algunas vacunas con la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos con nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5, se explica el beneficio de medicamentos de la Parte D, que incluye las normas a seguir para obtener la cobertura de los medicamentos recetados. En el Capítulo 6 se explica lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan.</p>	
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal mayor a 30, cubriremos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo obtiene en un centro de cuidado primario, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de cuidado primario para obtener más información.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes de detección de obesidad y tratamientos preventivos.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento para dejar los</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir la cobertura de los servicios para tratar el OUD a través de un programa de tratamiento para dejar los opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). • Entrega y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde). • Asesoramiento relacionado con el abuso de sustancias. • Terapia individual y de grupo. • Pruebas de toxicología. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas. 	<p>Copago de \$0 El deducible se aplica. <i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y servicios de técnicos. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. 	<p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> Entablillados, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones Exámenes de laboratorio. 	<p>hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Copago de \$0 El deducible se aplica. <i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> Sangre, incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Debe pagar por las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario, donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que lo haga. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. Pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando el médico u otro proveedor de cuidados médicos las solicita para tratar un problema médico. Procedimientos y pruebas de diagnóstico (servicios no radiológicos) 	<p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i>
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si es necesario que ingrese como paciente internado o puede recibir el alta.</p> <p>Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y se deben considerar razonables y necesarios. Los servicios de observación únicamente están cubiertos cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de concesión de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes al hospital o indicar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo en el hospital como paciente internado, usted será un paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital.</p> <p>Para obtener más información, consulte la hoja de información de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Puede obtener esta hoja de información en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>	<p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias 	<p>Consulte la sección “Atención de emergencia” en esta tabla de beneficios</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios en una clínica para pacientes ambulatorios • Servicios de observación • Servicios de cirugía para pacientes ambulatorios • Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturadas por el hospital. 	<p>para conocer los costos compartidos aplicables.</p> <p>Consulte la sección “Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico” en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.</p> <p>Consulte la sección “Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios” de este cuadro de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.</p> <p>Consulte la sección “Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en centros para pacientes ambulatorios” de esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.</p> <p>Consulte la sección “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de la salud mental, incluido el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario el tratamiento como paciente internado sin dicho programa. 	<p>Consulte la sección “Atención de salud mental para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios para</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como tablillas y yesos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no pueda autoadministrarse <p>Nota: A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo en el hospital como paciente internado, usted será un paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital.</p>	<p>conocer los costos compartidos aplicables.</p> <p>Consulte la sección “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.</p> <p>Consulte la sección “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.</p> <p>Consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.</p>
<p>Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, asesor profesional autorizado (LPC), terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), profesional en enfermería (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal vigente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios prestados por un psiquiatra (sesiones 	<p>Coseguro del 20% El deducible se aplica.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>individuales)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios prestados por un psiquiatra (sesiones grupales) • Servicios prestados por otros proveedores de atención de salud mental (sesiones individuales) • Servicios prestados por otros proveedores de atención de salud mental (sesiones grupales) 	<p>Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluyen la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del lenguaje/habla. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en diversos entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos de un hospital para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios prestados por un fisioterapeuta o un terapeuta del habla y del lenguaje 	<p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> Servicios prestados por un terapeuta ocupacional 	<p>de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Tiene cubierto el tratamiento por abuso de sustancias, según lo cubierto por Original Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> Sesiones individuales Sesiones grupales 	<p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en centros para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si se realizará una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor deje por escrito una orden de admisión como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido para cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios prestados en un hospital para pacientes ambulatorios • Servicios brindados en un centro quirúrgico ambulatorio 	<p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Productos de venta libre (OTC)</p> <p>Los miembros pueden aplicar los fondos de asignación para la compra de productos de salud y bienestar de venta libre.</p> <p><i>The Helper Bees gestiona este beneficio. Para obtener ayuda para acceder a sus beneficios, comuníquese con The Helper Bees por teléfono al 1-833-284-2439 o visite el portal de miembros en procare.thehelperbeesportal.com.</i></p>	<p>Incluido como parte de su Tarjeta Healthy Living Flex. Consulte la sección “Tarjeta Healthy Living Flex” en esta tabla de beneficios para obtener más detalles.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p><i>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico,</i></p>	<p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>terapeuta, terapeuta certificado especializado en matrimonio y familia (LMFT) o consejero profesional certificado, y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El <i>servicio intensivo para pacientes ambulatorios</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado por el gobierno federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta certificado especializado en matrimonio y familia (LMFT) o consejero profesional certificado, pero menos intenso que una hospitalización parcial.</p>	<p>bolsillo. El costo compartido máximo no excederá los \$55. <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Coseguro del 20% Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que recibe en el consultorio de un médico por parte de un proveedor de atención primaria • Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que recibe en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro lugar 	<p>Coseguro del 0% al 20% Copago de \$0 para consultas de atención primaria en el centro de atención de enfermería especializada</p> <p>Coseguro del 20% para todos los demás lugares de servicio Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Consulte la sección “Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en centros para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios” de esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.</p>



Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> ○ Los medios de intercambio electrónico utilizados para cada servicio de la Parte B ofrecido como una Ayuda adicional de telesalud de MA pueden proporcionarse por teléfono, videoconferencia u otras tecnologías habilitadas para Internet a medida que estén disponibles para el miembro y el proveedor. ● Algunos servicios de telesalud, incluidos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional de la salud para pacientes en determinadas áreas rurales y otros lugares aprobados por Medicare. ● Servicios de telemedicina para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal para los miembros con servicios de diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal en un hospital o en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. ● Servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Servicios de telemedicina para los miembros con un trastorno debido al uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. ● Servicios de telemedicina para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene una consulta en persona en los próximos 6 meses antes de su primera consulta de telemedicina. ○ Usted asiste a una consulta presencial cada 12 meses durante el tiempo que recibe servicios de telesalud. ○ Las excepciones se pueden hacer a lo anterior en determinadas circunstancias. ● Servicios de telemedicina para consultas de salud mental proporcionadas por clínicas de salud rural y centros de salud calificados por el gobierno federal. 	<p>Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios especializados (como se describe en la sección “Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico”).</p> <p>Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios especializados (como se describe en la sección “Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico”).</p>



Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ El control no está relacionado con una visita al consultorio médico en los últimos 7 días y ○ El control no resulta en una visita al consultorio médico en un plazo de 24 horas o la próxima la cita disponible • Evaluación de imágenes o video que usted envía a su médico, interpretación y seguimiento en un plazo de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio médico en los últimos 7 días y ○ La evaluación no resulta en una visita al consultorio médico en un plazo de 24 horas o la próxima la cita disponible 	<p>Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios especializados (como se describe en la sección “Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico”).</p> <p>Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios especializados (como se describe en la sección “Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico”).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro electrónico de salud. • Segunda opinión antes de la cirugía 	<p>Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios especializados (como se describe en la sección “Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico”).</p> <p>Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios especializados (como se describe en la sección “Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico”).</p>
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo del pie en martillo o espolón calcáneo) 	<p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos</p>



Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores.</p> <p>Beneficios suplementarios</p> <p>Podiatría de rutina (cuidado para los pies)</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</p>	<p>hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Se limita a 4 consultas por año</p>
<p> Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH</p> <p>Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer el VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados.</p> <p>Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si va a recibir un medicamento inyectable, también cubrimos el cargo por inyectarse el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y la adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. <p>Una única prueba de detección del virus de la hepatitis B.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de la PrEP.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA) 	<p>Copago de \$0</p> <p>El deducible se aplica.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de antígeno prostático (PSA).</p>
<p>Dispositivos ortésicos y protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no dentales) que reemplazan una parte o función del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen,</p>	<p>Coseguro del 20%</p> <p>El deducible se aplica.</p> <p>Usted paga estos montos</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>entre otros, pruebas, ajuste o capacitación en el uso de dispositivos prostéticos y ortopédicos; así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de colostomía, marcapasos, férulas, zapatos prostéticos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sujetador quirúrgico después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, incluye parte de la cobertura posterior a una extracción o cirugía de cataratas. Consulte <i>Atención de la vista</i> más adelante en esta tabla para obtener más detalles.</p>	<p>hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales 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.</p>	<p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. <i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p> Prueba de detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas), que abusan del alcohol, pero que no son alcohólicos.</p> <p>Si su examen de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones personales de asesoramiento breves por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) suministradas por un médico de cuidado primario calificado en un centro de cuidado primario.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para exámenes de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)</p> <p>Para personas que califiquen, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son personas de entre 50 y 77 años de edad que no presentan signos ni síntomas de cáncer de</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el asesoramiento y la consulta de toma de</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>pulmón, pero que tienen antecedentes de consumo de tabaco de al menos 20 paquetes por año y que fuman actualmente o que dejaron de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para una LDCT durante una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la detección del cáncer de pulmón, que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas y que sea realizada por un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de una prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben obtener una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionarse durante cualquier consulta apropiada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado elige proporcionar asesoramiento y una consulta de toma de decisiones compartida para una prueba de detección posterior del cáncer de pulmón con una LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p>	<p>decisiones compartida cubiertas por Medicare ni por la LDCT.</p>
<p> Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de cuidado de la salud calificado la solicita y usted cumple con una de estas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene alto riesgo porque consume o ha consumido drogas ilícitas para inyectables. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. <p>Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una vez. Si tiene un riesgo elevado (por ejemplo, si ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su anterior prueba de detección de hepatitis C negativa), cubrimos pruebas de detección anuales.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de alta intensidad de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer infecciones por ETS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>beneficios preventivos para exámenes de detección de ETS y asesoramiento sobre ETS cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación para las enfermedades renales para enseñar a los miembros a cuidar sus riñones y ayudarlos a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para los miembros con enfermedad renal crónica en estadio IV, cuando son referidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de los servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando están temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o es inaccesible temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial). • Capacitación para la autodiálisis (incluye capacitación para usted y la persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). 	<p>Copago de \$0 El deducible se aplica.</p> <p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes internados” en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.</p> <p>Copago de \$0 El deducible se aplica.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> Equipos y suministros para diálisis en el hogar. Ciertos servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas por parte de trabajadores capacitados en diálisis para controlar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para controlar su equipo de diálisis y suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte Medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla.</p>	<p>Consulte la sección “Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados” en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.</p> <p>Consulte la sección “Atención de una agencia de servicios de salud en el hogar” en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.</p>
<p>Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para conocer la definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12. Los centros de atención de enfermería especializada suelen denominarse SNF).</p> <p>No se requiere hospitalización previa.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario). Comidas, incluidas las dietas especiales. Servicios de enfermería especializada. Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de atención (incluye sustancias que están naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre). Sangre, incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario, donar la sangre usted mismo o pedirle a 	<p>Usted paga los montos de costos compartidos de Medicare Original para 2026.</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 1 a 20</p> <p>Copago de \$217 por día para los días 21 a 100</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gastos de bolsillo.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>alguien más que lo haga. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF. • Exámenes de laboratorio normalmente provistos por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF. • Uso de dispositivos de apoyo, como sillas de ruedas normalmente provistos por los SNF. • Servicios médicos o profesionales. <p>Por lo general, usted recibe atención de SNF en centros dentro de la red. En determinadas circunstancias que se detallan a continuación, es posible que pueda pagar los costos compartidos dentro de la red de un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de cuidado continuo para jubilados en donde usted estuviera viviendo antes de ingresar al hospital (siempre y cuando el lugar proporcione el cuidado en un centro de enfermería especializada). • Un SNF en el que viva su cónyuge o pareja de hecho en el momento de abandonar el hospital. 	
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p>El asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios e internados que cumplan con estos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y están alerta durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona el asesoramiento. <p>Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibe hasta 8 sesiones por año).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para programas para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET)</p> <p>La terapia de ejercicio supervisada (SET) está cubierta para miembros que padecen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y tienen un referido para la PAD por parte del médico responsable del tratamiento de la enfermedad.</p> <p>La cobertura incluye hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración e incluye un programa de entrenamiento y ejercicio terapéutico para pacientes con PAD que tengan claudicación. • Realizarse en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Brindarse por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD. • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero especializado/especialista en enfermería clínica que deben estar capacitados en técnicas de soporte de vida tanto básicas como en avanzadas. <p>El programa de SET puede cubrirse más allá de las 36 sesiones en 12 semanas para otras 36 sesiones en un período prolongado si un proveedor de cuidado de salud lo considera médicamente necesario.</p>	<p>Coseguro del 20%</p> <p>El deducible se aplica.</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Servicios de transporte (para casos que no sean de emergencia)</p> <p>Un viaje se considera transporte de ida en taxi, viaje compartido, autobús o metro a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.</p> <p><i>Comuníquese con el plan para obtener más información.</i></p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Límite de 30 viajes de ida o de vuelta por año</p>
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio necesario de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable</p>	<p>Coseguro del 20% (no debe superar los \$40 por consulta).</p> <p>Usted no paga este monto si ingresa en el hospital</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>debido al horario, lugar y circunstancias en las que se encuentra para recibir este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle a usted los costos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. La cobertura se limita a los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>dentro de 3 días. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, las pruebas de detección de retinopatía diabética están cubiertas una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de un lente intraocular. Si tiene 2 operaciones de cataratas diferentes, no puede reservarse el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía. 	<p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Copago de \$0 El deducible se aplica.</p> <p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> <p>Coseguro del 20% El deducible se aplica. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Beneficios suplementarios</p> <p>También cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controles de la vista de rutina • Anteojos (u otro accesorio para la vista) 	<p>Copago de \$0</p> <p>Se limita a 1 consulta por año</p> <p>\$175 por año para lentes, marcos o lentes de contacto</p> <p>Asignación adicional de \$150 cada 3 meses para gastar en anteojos incluidos como parte de su tarjeta Healthy Living Flex. Consulte la sección “Tarjeta Healthy Living Flex” en esta tabla de beneficios para obtener más detalles.</p>
<p> Consulta preventiva Bienvenido a Medicare</p> <p>Nuestro plan cubre una única consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, informe al consultorio del médico que quiere programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva Bienvenido a Medicare.</p>

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

En esta sección, se indican cuáles son los servicios que están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

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

Si usted recibe servicios que están excluidos (no están cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas indicadas a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos servicios no están cubiertos, y nuestro plan no dejará de pagarlos. La única excepción es si el servicio se apela y se decide, mediante una apelación, que es 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 de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura	Disponible para las personas que padecen dolor crónico en la zona lumbar en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo deformado Se cubren todas las etapas de reconstrucción del pecho después de una mastectomía, así como también la del pecho no afectado, para producir una apariencia simétrica
Cuidados de compañía El cuidado de compañía es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que le ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse	No cubiertos en ninguna situación
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos, y medicamentos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare determina que no son aceptados generalmente por la comunidad médica	Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica)

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Los cargos cobrados por el servicio de cuidado por parte de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Cuidado de enfermería a tiempo completo en su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Entrega de comidas a domicilio	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de naturópatas (tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos en ninguna situación
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético
Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería especializado, como un teléfono o televisor	No cubiertos en ninguna situación
Habitación privada en el hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	No cubiertos en ninguna situación
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No cubiertos en ninguna situación

CAPÍTULO 5:

Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

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

Consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos paliativos.

Por lo general, nuestro plan cubre sus medicamentos, siempre y cuando usted siga estas normas:

- Un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que escribe sus recetas) debe emitir una receta para usted, la cual es válida conforme a la ley estatal aplicable.
- La persona que escribió la receta no debe estar en la Lista de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2).
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” se refiere a que el uso del medicamento está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Para obtener más información, consulte la Sección 4 de este capítulo).

SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se obtienen en las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubrimos los medicamentos recetados que se obtienen en farmacias fuera de la red).

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

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

Sección 2.1 Farmacias de la red**Encuentre una farmacia de la red en su área**

Para encontrar una farmacia de la red, diríjase al *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (ProCareAdvantagePlan.com/find-a-provider/) o llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Si la farmacia ya no está en la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o use el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en ProCareAdvantagePlan.com.

Farmacias especializadas

Algunos medicamentos recetados deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para las personas que residen en un centro de cuidado a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena/Tribal/Urbana (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos estadounidenses o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA para determinados lugares, o medicamentos que requieren una manipulación especial, la coordinación del proveedor o educación para su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* (ProCareAdvantagePlan.com/find-a-provider/) o llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro plan ofrece una forma 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 medicamentos que usted toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo).

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

1. En el *Directorio de farmacias* (ProCareAdvantagePlan.com/find-a-provider/) se detallan las farmacias de nuestra red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede obtener medicamentos para tratamiento a largo plazo a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.3 Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se adquieren en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no pueda utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio donde puede obtener medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para averiguar si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos los medicamentos recetados que se obtienen en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

- Si necesita un medicamento con receta debido a una emergencia médica.
 - Cubriremos los medicamentos con receta que se obtengan en una farmacia fuera de la red si los medicamentos con receta están relacionados con la atención de una emergencia médica. En esta situación, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar solo su copago o coseguro) cuando obtenga su medicamento con receta. Puede solicitar que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo presentando un formulario de reclamación en papel. Si el medicamento con receta está cubierto, se cubrirá a una tarifa fuera de la red. Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que sea responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por un medicamento con receta obtenido en una farmacia dentro de la red y lo que la farmacia fuera de la red cobró por su receta. (En la Sección 2 del Capítulo 7 se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).
- Si necesita cobertura mientras viaja fuera del área de servicio del plan.
 - Si viaja fuera del área de servicio de su plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios, y se enferma, o se le acaban los medicamentos con receta, llame a Servicios para Miembros para encontrar una farmacia de la red en su área donde pueda obtener su medicamento con receta. Si una farmacia de la red no está disponible, cubriremos los medicamentos con receta que se obtengan en una farmacia fuera de la red si sigue todas las demás normas de cobertura identificadas en este documento. En esta situación, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar solo su copago o coseguro) cuando obtenga su medicamento con receta.

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

- Si el medicamento con receta está cubierto, se cubrirá a una tarifa fuera de la red. Es posible que sea responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por un medicamento con receta obtenido en una farmacia dentro de la red y lo que la farmacia fuera de la red cobró por su receta. Puede solicitar que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo presentando un formulario de reclamación en papel. (En la Sección 2 del Capítulo 7 se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total, en lugar de su costo compartido normal, en el momento de obtener su medicamento. Puede solicitar que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso a nuestro plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

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

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

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

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

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan, siempre y cuando usted siga las otras normas de cobertura que se explican en este capítulo y use el medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que cumpla con *uno* de los siguientes requisitos:

- Esté aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para los que se receta el medicamento.
- O bien, esté respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX Micromedex.

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

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre comercial que es propiedad de su fabricante. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen ingredientes alternativos llamados biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original, pero suelen ser más económicos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en la Lista de medicamentos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

Sección 3.2 Cómo averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos

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

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica.

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

- Visite el sitio web de nuestro plan (ProCareAdvantagePlan.com/formulary/). La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento determinado está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o pedir una copia de la lista.
- Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” (ProCareAdvantagePlan.com) de nuestro plan para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos y obtener una estimación de lo que pagará y ver si existen medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

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

Si un medicamento seguro de menor costo tiene la misma eficacia médica que un medicamento de mayor costo, las normas de nuestro plan están diseñadas para incentivarlo a usted y a su proveedor a utilizar la opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, en ocasiones, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto sucede porque los mismos medicamentos pueden variar según la concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de cuidados médicos y porque se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno por día o 2 por día; tableta o líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tienen que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea que eliminemos la restricción, debe recurrir al proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos no estar de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

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

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se establece para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por nuestro plan. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o a nuestro sitio web (ProCareAdvantagePlan.com/formulary/).

Cómo probar un medicamento diferente primero

Mediante este requisito, se lo incentiva a probar medicamentos menos costosos, pero igualmente eficaces, antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, nuestro plan cubrirá entonces el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**. Los criterios de la terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitando nuestro sitio web (ProCareAdvantagePlan.com/formulary/).

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera que es seguro tomar solo una píldora por día de cierto medicamento, podremos limitar la cobertura de su medicamento recetado a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted quisiera

Es posible que un medicamento recetado que toma, o que usted y su proveedor consideren que debería tomar y que no esté en nuestra Lista de medicamentos, tenga restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O bien, una versión genérica del medicamento puede estar cubierta, pero no la versión de marca que desea.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales a la cobertura.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o tiene alguna restricción, estas son algunas opciones que puede considerar:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiarlo por otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle a nuestro plan que cubra el medicamento o que elimine las restricciones que tiene.

Puede obtener un suministro temporal

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

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan O ahora tiene alguna restricción.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si usted estaba en nuestro 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 31 días. Si la receta es por menos días, permitiremos que obtenga varias veces el medicamento para proporcionarle un máximo de 31 días de medicamento. El medicamento debe resurtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el desperdicio).
- **Para los miembros que han estado en nuestro plan por más de 90 días y viven en un centro de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento particular, o menos, si su receta indica menos días. Esto es complementario al suministro temporal mencionado anteriormente.
- Le proporcionaremos un suministro de transición único para 31 días por medicamento, que cubrirá un suministro temporal si tiene un cambio en sus medicamentos debido a un cambio en el nivel de atención. Un cambio en el nivel de atención puede incluir lo siguiente:
 - Entrar o salir de un centro de cuidado a largo plazo (LTC)
 - Ser dado de alta de un hospital a un domicilio
 - Finalizar una estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare
 - Renunciar al estado de hospicio y volver a los beneficios estándar de Medicare
 - Finalizar una estadía en un centro de LTC y regresar a su hogar
 - Ser dado de alta de un hospital psiquiátrico con un régimen de medicamentos altamente individualizado

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

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Mientras usa el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le acabe. Tienes 2 opciones:

Opción 1: Puede cambiarlo por otro medicamento

Hable con su proveedor para saber si otro medicamento cubierto por nuestro plan podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esa lista puede ayudarle a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

Opción 2: Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la forma que usted quisiera. Si su proveedor le dice que hay motivos médicos que justifican la solicitud de una excepción, dicho proveedor podrá ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan. O bien, puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento que toma se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año, y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir del momento en que recibamos su solicitud (o la declaración justificadora del profesional que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9 para saber qué deben hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se atiende de manera rápida y justa.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede modificarse durante el año

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos**

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

- **Agregar o eliminar una restricción de cobertura para un medicamento**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico**

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

Información sobre cambios en la cobertura para medicamentos

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

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

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar inmediatamente o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento tendrá las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un nombre de marca o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos hacer estos cambios de inmediato y notificárselo más tarde, incluso si toma el medicamento que retiramos o en el que hacemos cambios. Si toma el medicamento similar en el momento que hacemos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento tendrá las mismas o menos restricciones.

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

- Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Le avisaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otras razones. Si esto sucede, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, se lo informaremos después de realizar el cambio.
- **Hacer otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos.**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez que el año haya comenzado y que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios o de informarle sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional para 30 días del medicamento que está tomando.

Si hacemos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección o la solicitud de una decisión de cobertura para satisfacer las nuevas restricciones del medicamento que toma. Usted o el profesional que escribe sus recetas puede solicitarnos una excepción para que continuemos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Es posible que realicemos ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no están entre los descritos anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Pusimos una nueva restricción para el uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

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

Si alguno de estos cambios se aplica a un medicamento que toma (excepto en el caso de un retiro del mercado, de un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca o de otro cambio descrito en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del siguiente año.

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

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Se *excluyen* algunos tipos de medicamentos recetados. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si usted presenta una apelación y se determina que el medicamento solicitado no está excluido conforme a la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

Estas son 3 normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede incluir ningún medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *fuera de indicación* de un medicamento cuando dicho uso no está respaldado por ciertas fuentes de referencia, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. El uso *fuera de indicación* se refiere a cualquier uso del medicamento diferente de lo indicado en la etiqueta de un medicamento conforme a lo aprobado por la FDA.

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

- Medicamentos no recetados (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para aliviar la tos o los síntomas del resfriado
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.

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

- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiere que las pruebas o servicios de monitoreo asociados se adquieran únicamente del fabricante como condición de venta.

Si recibe Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos recetados que, normalmente, no están cubiertos dentro de un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Encuentre los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento

Para obtener su medicamento, proporcione la información de membresía de nuestro plan (que puede encontrar en su tarjeta de membresía) en la farmacia de la red de su elección. La farmacia de la red le facturará automáticamente a nuestro plan *nuestra* parte del costo de sus medicamentos. Usted le deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire el medicamento.

Si no tiene nuestra información de afiliación del plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información, o puede pedirle a la farmacia que busque nuestra información de inscripción en el plan.

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

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

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

Si lo admiten en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, por lo general, cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre y cuando estos cumplan con todas las normas de cobertura descritas en este capítulo.

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

Por lo general, un centro de cuidado a largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o cuenta con una farmacia que suministra medicamentos para todos los residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados en la farmacia del centro o en la que el centro utiliza, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* (ProCareAdvantagePlan.com/find-a-provider/) para averiguar si la farmacia del centro de cuidado a largo plazo (LTC), o la que el centro utiliza, forma parte de nuestra red. Si no forma parte de la red, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de manera rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC.

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

Sección 9.3 Si también tiene cobertura de medicamentos de un plan grupal de un empleador o de jubilados

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

En general, si tiene cobertura de empleado o grupo de jubilados, la cobertura para medicamentos que le brindemos será *secundaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que su cobertura grupal paga primero.

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

Si la cobertura del plan grupal es acreditable, significa que nuestro plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare.

Conserve los avisos sobre la cobertura acreditable, ya que es posible que los necesite más adelante para demostrar que mantuvo la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso de cobertura acreditable, pida una copia al administrador de beneficios de su empleador o del plan para jubilados, o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El beneficio de hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos para las náuseas, laxantes, analgésicos o medicamentos para la ansiedad) que no están cubiertos por su hospicio porque no están asociados a su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o el proveedor del hospicio deben notificar al plan que el medicamento no está relacionado para que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pida a su proveedor de cuidados paliativos o a la persona autorizada a dar recetas que le envíen una notificación antes de que surtan la receta.

En caso de que usted revoque su elección de centro para enfermos terminales o que le den el alta del centro para enfermos terminales, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando finaliza su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros en forma regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos.

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

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

Si vemos que puede haber un problema en la forma en que usa los medicamentos, nos encargaremos de hablar con su proveedor para resolverlo.

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

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos que, con frecuencia, se usan indebidamente. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varias personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con las personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que el uso de sus medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con las personas autorizadas a dar recetas, decidimos que el uso de opioides o benzodiazepinas recetados puede no ser seguro para usted, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si le colocamos en nuestro plan DMP, es posible que las limitaciones sean las siguientes:

- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas en determinadas farmacias.
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de una determinada persona autorizada a dar recetas.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que le cubriremos

Si planeamos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. En la carta, se le indicará si limitamos la cobertura de estos medicamentos o si deberá obtener recetas para estos medicamentos de una persona autorizada a dar recetas o una farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas a dar recetas o farmacias prefiere usar y sobre cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de haber tenido la posibilidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si considera que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y

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

emitiremos una nueva decisión. Si continuamos negando una parte de su solicitud sobre las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se lo incluirá en nuestro DMP si padece determinadas afecciones médicas, como dolores relacionados con el cáncer o anemia falciforme, si recibe cuidados paliativos o terminales o si vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de administración de la terapia con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar los 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 (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros para asegurarnos de que nuestros miembros aprovechen al máximo los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen determinadas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden un monto específico de los costos de los medicamentos, o que están en un DMP para ayudarlos a usar los opioides de manera segura, pueden recibir servicios a través de un programa de MTM. Si reúne los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevarán a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito con una lista de cosas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma y cuándo, y por qué los toma. Además, los miembros en el programa de MTM obtendrán información sobre cómo desechar de manera segura los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre la lista de cosas recomendadas y medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado médico. Mantenga su lista de medicamentos al día y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa acorde a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenoslo y revocaremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

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

Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D en esta Evidencia de cobertura que no se aplique a su caso.** Le enviamos un inserto aparte, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get “Extra Help” Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben la “Ayuda adicional” para pagar los medicamentos recetados)* (también conocida como *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS*), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos (LIS)*.

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

Para comprender la información sobre el pago, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué normas cumplir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5 se explican estas reglas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos (ProCareAdvantagePlan.com), el costo que ve muestra una estimación de los gastos de bolsillo que tendría que pagar. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos

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

- El **deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar nuestra parte.
- 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 1.2 Cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta para los gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos cumplir para mantener un seguimiento de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo.

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

- El monto que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa del deducible
 - La etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por la Ayuda adicional de Medicare, planes médicos del empleador o del sindicato, Servicios de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las instituciones benéficas.

Pasar a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) ha gastado un total de \$2,100 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasa de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

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

- Su prima mensual del plan
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan

- **Etapas 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapas 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

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

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que realiza cuando obtiene recetas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a otra. Realizamos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Gastos de bolsillo:** esto es lo que pagó. Esto incluye lo que usted paga cuando recibe un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos realizado por la Ayuda adicional de Medicare, planes médicos del empleador o del sindicato, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si obtuvo uno o más medicamentos a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes.** Este informe incluye detalles de pago de los medicamentos que obtuvo el mes anterior. Indica los costos totales de medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Aquí se muestran los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Aquí se muestra el precio total del medicamento y la información sobre los cambios en el precio desde el primer surtido por cada reclamación por medicamentos recetados por la misma cantidad.
- **Medicamentos alternativos disponibles a menor costo.** Aquí se muestra información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos menores para cada reclamación por medicamentos recetados, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre los pagos de sus 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 actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de afiliación cada vez que surte una receta.** Esto ayuda a asegurarnos de que sepamos cuáles son los medicamentos recetados que obtiene y lo que paga por ellos.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que en ocasiones usted pague el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a mantener un seguimiento de sus gastos de bolsillo, envíenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando adquiere un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando paga un copago por medicamentos suministrados en el marco de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
 - Cada vez que compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague su parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos la información sobre los pagos que otras personas realizan por usted.** Los pagos hechos por otras personas y organizaciones también se aplican al cálculo de sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, en sus gastos de bolsillo se tienen en cuenta los pagos realizados por el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *explicación de beneficios (EOB) de la Parte D*, verifique que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Etapa del deducible

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago para su cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta para el año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar el monto deducible de nuestro plan, que es de \$615 para 2026. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajes. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, dado que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede superar el precio justo máximo más las tarifas de dispensación de medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

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

SECCIÓN 5 Etapa de cobertura inicial

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

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte (el monto del coseguro). La parte que le corresponde del costo variará de acuerdo con el medicamento y el lugar donde surta su receta.

Sus opciones de farmacia

El monto que paga por un medicamento depende del lugar donde lo surte:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en ciertas situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para averiguar cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* (ProCareAdvantagePlan.com/find-a-provider/) de nuestro plan.

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

Durante la Etapa de cobertura inicial, la parte que le corresponde del costo de un medicamento cubierto será un coseguro.

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

Nivel	Costo compartido al por menor estándar dentro de la red	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)	Costos compartidos fuera de la red
	(un suministro para 30 días como máximo)	(un suministro para 31 días como máximo)	(La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). (un suministro para 10 días como máximo)
Costo compartido de los medicamentos cubiertos	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%

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

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos 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 usted paga por un medicamento cubre el suministro de un mes completo. Es posible que, en algunos casos, usted o su médico quieran tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le dispense un suministro para menos de un mes completo, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido.

Si obtiene un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo, no tendrá que pagar el suministro para todo el mes.

- Si es responsable del coseguro, debe pagar un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, el costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

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

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

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

Sus costos por un suministro a *largo plazo* (90 días como máximo) de un medicamento cubierto de la Parte D

Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)	
Nivel	(un suministro para 90 días como máximo)
Costo compartido de los medicamentos cubiertos	Coseguro del 25%

No pagará más de \$70 por un suministro para 2 meses como máximo o \$105 por un suministro para 3 meses como máximo de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

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

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de su bolsillo alcancen los \$2,100. A continuación, se pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

La *EOB de la Parte D* que reciba le ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado usted, nuestro plan y terceros en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de \$2,100 en el año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

En la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo alcanzan el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Hay 2 partes en nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D:

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

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de 3 cosas:

- 1. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP).**
 - La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D son recomendadas por el ACIP y no tienen costo alguno.
- 2. Dónde obtiene la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede dispensarse en una farmacia o proporcionarse en el consultorio del médico.
- 3. Quién le administrará la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

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

- Cuando recibe una vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo del proveedor para administrarle la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otras ocasiones, cuando recibe una vacuna, solo paga su parte del costo según el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

A continuación, se presentan 3 ejemplos de formas en que puede recibir una vacuna de la Parte D.

- Situación 1:* obtiene la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar donde usted viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.
 - Para otras vacunas de la Parte D, usted le paga a la farmacia su coseguro por la vacuna en sí, que incluye el costo de la administración de la vacuna.
 - Nuestro plan paga el resto de los costos.
- Situación 2:* obtiene la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.
- Cuando reciba la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor que se la administra.
 - Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
 - Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la vacuna (incluida la administración)
- Situación 3:* usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y la lleva al consultorio de su médico, donde se le administrará.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no paga nada por la vacuna en sí.
 - Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su coseguro por la vacuna en sí.
 - Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total por este servicio.
 - Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
 - Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando obtiene cuidado médico o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. En otras ocasiones, es posible que pague más de lo que esperaba según las normas de cobertura de nuestro plan o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (le reembolse). Usted tiene derecho a recibir un reembolso del plan siempre que haya pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya plazos que debe cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede suceder que, a veces, usted reciba facturas de un proveedor por el costo total del cuidado médico que recibió o por más de su parte de los costos compartidos. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en vez de pagarla. La analizaremos y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deberíamos cubrirlos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlos, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor tiene contrato, usted tiene derecho a recibir tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las cuales es posible que deba solicitar a nuestro plan que realice un reembolso o pague una factura que recibió:

1. Cuando recibió atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan.

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

- Usted solo tiene la responsabilidad de pagar la parte que le corresponde del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia tienen la obligación legal de proporcionar cuidado de emergencia.

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

- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe el cuidado, pida que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide un pago que usted considera que no debe. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente a él.
 - Si ya pagó más de lo que le corresponde del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le devolveremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle directamente a nuestro plan y solicitarle solo su parte del costo. Sin embargo, a veces, cometen errores y le solicitan que pague más de la parte que le corresponde.

- Usted solo debe pagar el monto de costo compartido que le corresponde cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se llama **facturación de saldo**. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que considere que es más de lo que debería pagar, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor para resolver el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado y solicítenos que le devolvamos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía en virtud de nuestro plan.

3. Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan.

A veces, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de la inscripción puede incluso ser del año anterior).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo los medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos. Debe enviarnos la documentación correspondiente, como los recibos y las facturas para que gestionemos el reembolso.

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

4. Cuando acude a una farmacia fuera de la red para surtir una receta.

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando eso sucede, usted tiene que pagar el costo total de su receta.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos las farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no lleva con usted nuestra tarjeta de miembro del plan.

Si no tiene la tarjeta de miembro del plan con usted, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque nuestra información de inscripción en el plan. 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 recetado.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado del medicamento recetado.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado en otras situaciones

Es posible que pague el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan o tenga un requisito o una restricción que usted no conocía o que considera que no debería aplicarse a su caso. Si decide comprar el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de dicho medicamento.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para devolverle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado del medicamento recetado.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. A esto se lo denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que se debería cubrir, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, podrá apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

Puede solicitarnos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Es buena idea que haga una copia de su factura y sus recibos para sus registros.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar el formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (ProCareAdvantagePlan.com) o llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario.

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

Dirección para solicitudes de pago de la Parte C (reclamaciones médicas):

ProCare Advantage
PO Box 815
Glen Burnie, MD 21060-0815

Dirección para solicitudes de pago de la Parte D (reclamaciones de medicamentos recetados):

ProCare Advantage Part D Manual Claims
PO Box 1039
Appleton, WI 54912-1039

SECCIÓN 3 Evaluaremos su solicitud de pago y le comunicaremos si fue aprobada o no

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

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento están cubiertos y que usted cumplió con todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. La parte que nos corresponde del costo podría no ser el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó

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

por un medicamento es mayor que el precio negociado). Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* respetó todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta para explicarle los motivos por los que no le enviamos el pago, así como su derecho a apelar esa decisión.

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

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que modifiquemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal que consta de procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y coherente con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además de español, en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios de carácter médico y no médico se proporcionen teniendo en cuenta la diversidad cultural y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con conocimientos limitados de inglés, capacidad de lectura limitada, discapacidad auditiva o personas de diverso origen cultural o étnico. Ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con los requisitos de accesibilidad a los servicios incluyen, entre otras, servicios de traducción e interpretación, mensajes de teletipo o TTY (aparato telegráfico que permite transmitir directamente un mensaje por texto).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en otros idiomas además del inglés, incluido en español, y en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para que le brindemos información en el formato adecuado, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan tiene la obligación de ofrecerles a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en el cuidado de la salud de la mujer dentro de la red para recibir servicios de cuidado médico de rutina y preventivo para la mujer.

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

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en el cuidado de la salud de la

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

mujer o encontrar un especialista de la red, llámenos para presentar una queja ante Servicios para Miembros (al dorso de este documento encontrará impresos los números de teléfono). También puede presentar una queja ante Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in languages other than English including Spanish and braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-844-206-3719 (TTY users call 711).

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 our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get 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 Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos garantizar que tenga un acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) dentro de la red de nuestro plan para proporcionar y organizar sus servicios cubiertos. No requerimos que obtenga remisiones para acudir a los proveedores de la red.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicho cuidado. También tiene derecho a que sus recetas sean surtidas o resurtidas en cualquier farmacia de nuestra red sin tener largas demoras.

Si considera que no está recibiendo su cuidado médico o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en el Capítulo 9 se le informa qué puede hacer.

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

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

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y control sobre cómo se utiliza su información de salud. Le entregamos un aviso por escrito, que se denomina *Aviso sobre prácticas de privacidad*, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información de salud a alguien que no le proporcione o pague su cuidado, *estamos obligados a obtener primero un permiso por escrito de usted o de alguien a quien haya dado poder legal para tomar decisiones por usted*.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que le solicitemos antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.
 - Estamos obligados a divulgar información de salud a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, tenemos la obligación de proporcionarle su información de salud a Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales; normalmente, esto requiere que la información que identifica de forma única no se comparta.

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

Usted tiene derecho a revisar sus registros médicos que tiene nuestro plan y a obtener una copia de ellos. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si nos lo pide, trabajaremos con su proveedor de cuidados médicos para decidir si los cambios deben realizarse.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a saber cómo se ha divulgado su información de salud con cualquier fin que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y los servicios cubiertos

Como miembro de ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP), tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias dentro de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** En los Capítulos 3 y 4, se proporciona información sobre los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6, se proporciona información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, se 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 está restringida. En el Capítulo 9, también se proporciona información sobre cómo solicitar que cambiemos una decisión, también denominada apelación.

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

Usted tiene derecho a obtener toda la información de sus médicos y de otros proveedores de cuidado de la salud. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su cuidado de la salud. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a saber cuáles son todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente del costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y tomarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre los riesgos implicados en su cuidado. Se le debe informar por adelantado si algún cuidado médico o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rehusarse a cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. 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 deberá hacerse si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su cuidado de la salud por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a expresar lo que desea que suceda si se encuentra en esa situación. Es decir que, *si lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si alguna vez no tiene la capacidad de tomar decisiones por su cuenta.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su cuidado médico en caso de que no tenga la capacidad para tomar usted mismo las decisiones.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones antes de que se den estas situaciones se denominan **directrices anticipadas**. Documentos como el **testamento vital** y el **poder de representación para las decisiones de atención médica** son ejemplos de directrices anticipadas.

Cómo establecer una directriz anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de directriz anticipada de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de directrices anticipadas en las organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Complete el formulario y fírmelo.** No importa en dónde obtenga el formulario, se trata de un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombre en el formulario que puede tomar decisiones por usted en el caso de que usted no pueda hacerlo. Es posible que desee entregarles copias a amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su hogar.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y firmó una directriz anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- En el hospital, le preguntarán si firmó un formulario de directriz anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no firmó uno, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Completar una directriz anticipada es su decisión (incluso si desea firmarla cuando esté en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle cuidado ni puede discriminarlo por haber firmado o no directrices anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma una directriz anticipada y cree que un médico u hospital no siguió sus instrucciones, puede presentar una queja ante la agencia específica del estado correspondiente (como el Departamento de Salud del estado).

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

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se le informa qué puede hacer. En cualquiera de estos casos (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja), **debemos brindarle un trato justo.**

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

Si considera que recibió un trato injusto o que no se respetaron sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, pertenencia a un grupo étnico, credo (religión), edad o nacionalidad; llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos, y esto *no* se debe a discriminación, puede obtener ayuda para resolver su problema en estos lugares:

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a su Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado (SHIP) local al:**
 - Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas de Texas (Programa de Asesoramiento y Defensa en Seguros de Salud [HICAP]): 1-800-252-9240
- **Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).**

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros de nuestro plan al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a su Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado (SHIP) local al:**
 - Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas de Texas (Programa de Asesoramiento y Defensa en Seguros de Salud [HICAP]): 1-800-252-9240
- **Comuníquese con Medicare.**
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y Protecciones en Medicare)* (disponible en www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para conocer lo que está cubierto y las normas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4 se proporcionan detalles acerca de los servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6 se proporcionan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Si tiene alguna otra cobertura médica o de medicamentos además de nuestro plan, debe informarnos.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de cuidados médicos que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que reciba cuidado médico o medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores le ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su cuidado.**
 - Para ayudarle a obtener el mejor cuidado, infórmele a sus médicos y a otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntarla y de que le brinden una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que 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 otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de realizar los siguientes pagos:
 - Usted debe pagar las primas de nuestro plan.
 - Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar pagando una prima por la Parte B de Medicare.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o medicamento. Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para conservar su cobertura de medicamentos.
 - Si se le requiere que pague el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagándolo directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio del plan, debemos saberlo** para mantener actualizado su registro de afiliación y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro del plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo, se explican 2 tipos de procesos para resolver problemas y preocupaciones:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso para presentar quejas** (también llamadas quejas formales).

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto que debe seguir y lo que debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, en este capítulo se utilizan palabras más conocidas en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o la información adecuadas, incluimos estos términos legales cuando damos detalles para el manejo de situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre la forma en que lo hemos tratado, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Siempre debe llamar a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Estas son dos organizaciones que pueden ayudarlo:

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

Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado (SHIP)

Cada estado tiene un programa del gobierno con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a entender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, pueden responder preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono del SHIP y otra información de contacto en el Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para recibir ayuda.

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

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si el cuidado médico (productos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B) está cubierto o no, la forma en que está cubierto y los problemas relacionados con el pago del cuidado médico.

Sí.

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

No.

Vaya a la **Sección 10, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía de decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura para cuidado médico (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a los productos y servicios médicos, y medicamentos de la Parte B de Medicare como **cuidado médico**. Usted

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

usa el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no, y la forma en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Si quiere saber si cubriremos el cuidado médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca del monto que pagaremos por su cuidado médico. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo refiere a un especialista médico que no está dentro de la red, este referido se considera una decisión favorable de cobertura, a menos que usted o su médico de la red pueda demostrar que ha recibido un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que la *Evidencia de cobertura* deje claro que el servicio mencionado nunca tiene cobertura, sin excepciones. Usted o su médico también pueden contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a brindarle el cuidado médico que usted cree que necesita.

En limitadas circunstancias, una solicitud de decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuando una solicitud será desestimada incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está autorizada legalmente para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos la solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso para explicar por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que el cuidado médico no está cubierto o que dejó de estar cubierto para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por revisores diferentes de los que tomaron la decisión original.

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

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

En limitadas circunstancias, una apelación de Nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuando una solicitud será desestimada incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está autorizado legalmente para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicara por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 de cuidado médico, la apelación se enviará automáticamente al Nivel 2 que está a cargo de una organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de cuidado médico al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con la apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para el cuidado médico.
- Las apelaciones de la Parte D se tratan más adelante en la Sección 6.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (en este capítulo se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

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

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

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Reciba ayuda gratuita** del Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación anterior al Nivel 2, debe ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).
- Para cuidado médico o medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.

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

- Para los medicamentos de la Parte D, su médico o la persona que escribe sus recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico u otra persona que escribe sus recetas pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante, con el fin de solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). Este formulario le otorga a esa persona permiso para actuar en su nombre. Usted y la persona que desea que actúe en su nombre deben firmar el formulario. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta que no lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, se desestimarán su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que le explicaremos su derecho a pedirle a una Organización de Revisión Independiente que examine nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Hay grupos que le brindarán asistencia legal gratuita si reúne los requisitos. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

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

- **Sección 5:** Cuidado médico: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que está siendo dado de alta demasiado pronto

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

- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si siente que su cobertura está finalizando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]*)

Si no está seguro de qué información le corresponde, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

SECCIÓN 5 Cuidado médico, Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si quiere que le devolvamos nuestra parte del costo de su cuidado

Sus beneficios de cuidado médico se describen en el Capítulo 4, en la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican normas distintas a las solicitudes de medicamentos de la Parte B. En estos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas que se aplican a los medicamentos de la Parte B de las que se aplican a los artículos y servicios médicos.

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

1. No está recibiendo el cuidado médico que quiere y cree que está cubierto por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba el cuidado médico que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que este cuidado está cubierto por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió cuidado médico que cree que debería estar cubierto por nuestro plan, pero le dijimos que no pagaríamos dicho cuidado. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó cuidado médico que cree que debería estar cubierto por nuestro plan, y desea solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de ese cuidado. **Envíenos la factura. Sección 5.5**
5. Le han dicho que la cobertura de cierto cuidado médico que ha recibido y que nosotros aprobamos previamente se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esa reducción o suspensión podrían perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

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

Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es para cuidado hospitalario, cuidado médico en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un CORF, consulte las Secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a estos tipos de cuidado.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura que tiene que ver con su cuidado médico se denomina **determinación de la organización**.

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

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

Una decisión estándar de cobertura, por lo general, se toma en un plazo de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, de 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos o de 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una decisión rápida de cobertura se toma en un plazo de 72 horas para los servicios médicos o en un plazo de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con 2 requisitos:

- *Solo* podrá *solicitar* cobertura para servicios o artículos médicos (no se aceptan solicitudes de pago por servicios o artículos que ya recibió).
- Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si los plazos estándares pudieran poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad para recuperar su funcionalidad.

Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, aceptaremos automáticamente proporcionarle una.

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

- Cómo usaremos los plazos estándares.
- Que, si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
- Cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

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

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o tome una decisión rápida de cobertura.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para el cuidado médico que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para cuidado médico y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones estándar de cobertura utilizamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario después de que recibamos su solicitud por un artículo o servicio médico que está sujeto a sus normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir del momento en que recibamos su solicitud.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es sobre un producto o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas).

Para decisiones rápidas de cobertura utilizamos un plazo acelerado.

Una decisión rápida de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es sobre un producto o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.

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

- Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito con los motivos del rechazo.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para cuidado médico, puede apelar.

- Si la rechazamos, usted tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa solicitar nuevamente que obtenga la cobertura de cuidado médico que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación ante el plan acerca de una decisión de cobertura de cuidado médico se denomina una **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

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

Por lo general, una apelación estándar se presenta en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una apelación rápida se presenta en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de cuidado, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una apelación rápida, accederemos a brindársela.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura y aparecen en la Sección 5.2.

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

- **Si desea solicitar una apelación estándar, hágalo por escrito.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Si desea solicitar una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para no cumplirlo, explique el motivo por el cual su apelación llega tarde

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

cuando la presenta. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una razón válida para no cumplir con la fecha límite pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

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

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

- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y es posible que nos comuniquemos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es sobre un producto o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionarle la cobertura acordada en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, 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 una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días**

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

calendario después de recibir su apelación. Le daremos una respuesta antes si su condición médica así lo requiere.

- Si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es sobre un producto o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
- Si considera que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Si presenta una queja rápida, le daremos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta dentro del plazo (o antes de que finalice el periodo extendido), enviaremos su solicitud al Nivel 2, donde la Organización de Revisión Independiente revisará la apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en el plazo de 30 días calendario si su solicitud es sobre un producto o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación**, la enviaremos automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 El proceso de 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**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se la denomina su **expediente de caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

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

- Los revisores de esta organización examinarán detenidamente toda la información de su apelación.

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

- Para la apelación rápida, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de haber recibido la apelación.
- Si su solicitud es sobre un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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

- Para la apelación estándar, si su solicitud es sobre un producto o servicio médico, la organización de revisión independiente debe responder su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es sobre un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le brinda una 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 parte o la totalidad de su solicitud sobre un producto o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de **72 horas** o brindar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándares**. En el caso de las **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta total o parcialmente su solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el

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

medicamento de la Parte B dentro de las **72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. En el **caso de las solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.

- **Si esta organización rechaza su apelación total o parcialmente**, significa que está de acuerdo con nosotros en que no se debe aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para el cuidado médico. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
 - Le explica la decisión.
 - Le informa sobre su derecho a presentar una apelación de Nivel 3 si el monto en dólares de la cobertura de cuidado médico cumple con un mínimo determinado. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Le indica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles más en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de 5 niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo se encontrará en el aviso escrito que recibirá después de la apelación de Nivel 2.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un Juez de Ley Administrativa o un abogado mediador. En la Sección 9 se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por cuidado médico

En el Capítulo 7, se describe cuándo puede necesitar solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También le informa cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de nuestra parte

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos que el cuidado médico por el que pagó esté cubierto. También verificaremos que haya seguido las normas para usar su cobertura de cuidado médico.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si el cuidado médico está cubierto y usted siguió las normas, en general, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo dentro de los

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

30 días calendario, pero antes de los 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. Si no ha pagado por el cuidado médico, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

- **Si rechazamos su solicitud:** Si el cuidado médico *no* está cubierto o usted *no* respetó todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos el cuidado médico y explicarle los motivos de nuestra decisión.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegación, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que modifiquemos la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones de la Sección 5.3. Para apelaciones sobre reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su apelación. Si nos solicita que le devolvamos el dinero por cuidado médico que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre la indicación médicamente aceptada). Para obtener más información sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, en lo que resta de esta sección, hablamos de *medicamento* en lugar de repetir cada vez *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

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

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, nos puede consultar. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación para que tengan cobertura.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, usted obtendrá un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal:

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se explica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Quiere solicitar que se elimine una restricción de la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar primero con otro medicamento). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Quiere pedirnos una aprobación previa para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Quiere pedirnos que paguemos por un medicamento recetado que ya compró. **Pedirnos que le reembolsemos el dinero. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección, se le explica cómo puede solicitar decisiones de cobertura y presentar una apelación.

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

Sección 6.2 Solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al formulario**.

Solicitar que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento es una **excepción al formulario**.

Solicitar pagar un precio inferior por un medicamento cubierto no preferido es una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma en que desearía que estuviera cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona que escribió la receta deberán explicar los motivos médicos por los que usted necesita que se apruebe la excepción. A continuación, se describen 2 ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona que escribe sus recetas pueden solicitarnos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar el monto de costos compartidos que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede pedir una excepción al monto de costos compartidos que queremos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de la Lista de medicamentos.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber sobre pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona que escribe sus recetas nos debe enviar una declaración donde se expliquen los motivos médicos por los que está pidiendo una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona que escribe sus recetas cuando pida la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección determinada. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el

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

medicamento que está solicitando y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general no aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión al presentar una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

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

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

Las decisiones estándar de cobertura se toman en un plazo de **72 horas** después de haber recibido la declaración de su médico. **Las decisiones rápidas de cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** después de haber recibido la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión rápida de cobertura. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con 2 requisitos:

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no recibió. (No puede pedir una decisión rápida de cobertura para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándares podría dañar gravemente su salud o su capacidad funcional.
- **Si su médico o la persona que escribe sus recetas nos informan que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el respaldo de su médico o la persona que escribe sus recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se explicará lo siguiente:
 - Cómo usaremos los plazos estándares.

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

- Que, si su médico o la persona que escribe sus recetas solicita la decisión rápida de cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
- Cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas después de haberla recibido.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión rápida de cobertura.

Llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para el cuidado médico que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud para la determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)*, el cual está disponible en nuestro sitio web (ProCareAdvantagePlan.com). En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, su información de contacto y la información que indique qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (o la persona que escribe sus recetas) o su representante pueden hacerlo. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. En la Sección 4 se explica cómo puede otorgar un permiso por escrito para que otra persona lo represente.

- **Si está pidiendo una excepción, proporcione la declaración de justificación**, es decir, los motivos médicos de la excepción. Su médico o la persona que escribe sus recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona que escribe sus recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una decisión rápida de cobertura

- En general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura acordada en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.

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

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito con los motivos del rechazo. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión estándar de cobertura de un medicamento que todavía no recibió

- En general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura** acordada **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito con los motivos del rechazo. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos realizar el pago en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito con los motivos del rechazo. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si la rechazamos, usted tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa solicitar nuevamente que le brindemos la cobertura para medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan acerca de la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida se denomina **redeterminación acelerada**.

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

Por lo general, una apelación estándar se presenta en un plazo de 7 días calendario. Generalmente, una apelación rápida se presenta en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted, su médico o la persona que escribe sus recetas deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura y aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico o la persona que escribe sus recetas deben comunicarse con nosotros para presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al (1-844-206-3719).** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud para la redeterminación modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)*, el cual está disponible en nuestro sitio web (ProCareAdvantagePlan.com). Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar la solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para no cumplirlo, explique el motivo por el cual su apelación llega tarde cuando la presenta. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una razón válida para no cumplir con la fecha límite pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le

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

proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

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

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos cumpliendo con todas las reglas cuando denegamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico o la persona que escribe sus recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.** Le daremos una respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionarle la cobertura acordada en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito donde se expliquen los motivos de nuestro rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos de una apelación estándar para un medicamento que todavía no recibió

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes de ese lapso si aún no recibió el medicamento y su afección médica lo requiere.
 - Si no le comunicamos la decisión en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero antes de **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito donde se expliquen los motivos de nuestro rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- Si aceptamos **parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos realizar el pago en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito con los motivos del rechazo. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces, se la denomina **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico la persona que escribe sus recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le informarán quién puede presentar una apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
 - **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito.

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

- Si no completamos nuestra revisión en el plazo pertinente, o tomamos una decisión desfavorable respecto de una determinación **de riesgo** conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. A esta información se la denomina su **expediente de caso. Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de esta organización examinarán detenidamente toda la información de su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no recibió. Si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La Organización de Revisión Independiente le brinda una respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de dicha organización.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta total o parcialmente su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de dicha organización.

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

- **Si la organización de revisión independiente acepta total o parcialmente su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **parte o la totalidad de** su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Le explica la decisión.
- Le informa sobre su derecho a presentar una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando cumple con un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el nivel 2 es definitiva.
- Le informa el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles más en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo se encontrará en el aviso escrito que recibirá después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un Juez de Ley Administrativa o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante la hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted con el fin de prepararse para el día en que abandone el hospital. Le ayudarán a coordinar el cuidado que usted podría necesitar después del alta.

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

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se decida la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le explicarán sus derechos

En un plazo de 2 días calendario después de ingresar en el hospital, se le entregará un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de parte de alguien en el hospital, por ejemplo, un asistente social o un(a) enfermero(a), pídale a cualquier empleado del hospital que se lo dé. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Le informa lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si considera que lo dieron de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar que se retrase la fecha del alta, por lo que cubriremos su cuidado hospitalario 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 a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Firmar este aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre sus derechos. En el aviso, no se indica la fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. Guarde la copia del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que lo necesite.

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

- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para solicitar una copia de este aviso por adelantado, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Para pedirnos que cubramos por más tiempo sus servicios hospitalarios como paciente internado, use el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame al Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado (SHIP) para recibir ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Compruebe si su fecha planeada del alta es médicamente apropiada para usted. La **organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para 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 el mejoramiento de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata del alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

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

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de que abandone el hospital y **antes de la medianoche del día del alta.**
 - **Si cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin pagar* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si no cumple con este plazo, llámenos.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes al cuidado hospitalario que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la organización para el mejoramiento de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después de que se comuniquen con nosotros, le daremos un **Aviso detallado del alta.** Este aviso le da la fecha planeada del alta y explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que usted reciba el alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede obtener un aviso de muestra en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La organización para el mejoramiento de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el mejoramiento de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también evaluarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les proporcionamos.
- Al mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso escrito de nuestra parte donde se le dará la fecha planeada del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que usted reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la organización para el mejoramiento de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

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

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente *acepta* su apelación, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo que estos servicios 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 independiente *rechaza* su apelación, significa que su fecha planeada 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 el mejoramiento de calidad le dé la respuesta de la apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** del cuidado hospitalario que reciba después del mediodía del día después de que la organización para el mejoramiento de la calidad le dé la respuesta de la apelación.

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

- Si la organización para el mejoramiento de la calidad *rechaza* la apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha planeada del alta, puede presentar otra apelación. Si presenta otra apelación, significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la organización para el mejoramiento de la calidad que revise la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la hospitalización después de la fecha planeada del alta.

Paso 1: Comuníquese con la organización para el mejoramiento de la calidad nuevamente y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la organización para el mejoramiento de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura para el cuidado.

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

Paso 2: La organización para el mejoramiento de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la organización para el mejoramiento de la calidad examinarán otra vez detenidamente toda la información sobre su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente acepta su apelación:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos del cuidado hospitalario que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que se rechazó de su primera apelación por parte de la organización para el mejoramiento de la calidad. **Debemos seguir brindando la cobertura de cuidado hospitalario 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 independiente rechaza su apelación:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en la apelación de Nivel 1. Esto se denomina confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la apelación se rechaza, debe decidir si quiere llevar su apelación al siguiente nivel, es decir, el Nivel 3.

- Hay 3 niveles más en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de 5 niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo se encontrará en el aviso escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un Juez de Ley Administrativa o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si siente que su cobertura está finalizando demasiado pronto

Cuando recibe **servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)** 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.

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

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de esto tres tipos de cuidado, estamos obligados a informárselo con anticipación. Cuando finalice su cobertura para ese cuidado, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su cuidado.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

Término legal:

Aviso de la no cobertura de Medicare. Le informa cómo puede solicitar una **apelación de vía rápida.** Solicitar una apelación de vía rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de brindar cuidado médico.

- 1. Recibirá un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su cuidado. En el aviso, se le indica lo siguiente:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su cuidado.
 - Cómo solicitar una apelación de vía rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su cuidado durante un período más largo.
- 2. Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso indica *únicamente* que tiene información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarla no significa que está de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de interrumpir la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su cuidado durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su cuidado durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame al Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado (SHIP) para recibir ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

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

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

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y pida una *apelación de vía rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso que recibió por escrito (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se indica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para el mejoramiento de la calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el *Aviso de la no cobertura de Medicare*.
- Si se vence el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la organización para el mejoramiento de la calidad con la información de contacto que figura en el *Aviso de la no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado también se pueden encontrar en el Capítulo 2.

Paso 2: La organización para el mejoramiento de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de la no cobertura. Aviso en el que se brindan detalles sobre los motivos por los que finaliza la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la organización para el mejoramiento de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

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

- La organización de revisión independiente también evaluará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le proporcione.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá la *Explicación detallada de no cobertura* de parte nuestra, donde se explican detalladamente las razones por las que queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan; los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores la aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos, siempre y cuando sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores la rechazan?

- Si los revisores *rechazan* su solicitud, **su cobertura terminará en la fecha que le informamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de cuidado de la salud en el hogar, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** del cuidado.

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

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo el cuidado después de que haya finalizado su cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la organización para el mejoramiento de la calidad que revise la decisión sobre su primera apelación. Si la organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de cuidado de la salud en el hogar, los servicios en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

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

Paso 1: Comuníquese con la organización para el mejoramiento de la calidad nuevamente y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo el cuidado después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La organización para el mejoramiento de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la organización para el mejoramiento de la calidad examinarán otra vez detenidamente toda la información sobre su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole la cobertura** para su cuidado durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará la información necesaria para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un Juez de Ley Administrativa o un abogado mediador.

Paso 4: Si rechazan su apelación, tendrá que decidir si quiere continuar con el proceso.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del nivel 2, para un total de 5 niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo se encontrará en el aviso escrito que recibirá después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez de Ley Administrativa o un abogado mediador. En la Sección 9 se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

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

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

Sección 9.1 Niveles de apelaciones 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del producto o servicio médico sobre el que apeló 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. En la respuesta escrita que reciba para su apelación de Nivel 2 se le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con las apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan de manera similar a los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación está a cargo de las siguientes personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **Juez de Ley Administrativa** o un abogado mediador que trabajan para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el Juez de Ley Administrativa o el abogado mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de una decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelarla, se enviará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle el cuidado médico en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Juez de Ley Administrativa o del abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el cuidado médico en cuestión.
- **Si el Juez de Ley Administrativa o el abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

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

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable sobre una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de una decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si apelaremos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el cuidado médico en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la apelación se rechaza 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, podría continuar con el 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 seguir con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que apeló cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es inferior, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que 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 las apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan de manera similar a los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación está a cargo de las siguientes personas en cada uno de estos niveles.

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

Apelación de Nivel 3

Un **Juez de Ley Administrativa** o un abogado mediador que trabajan para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Juez de Ley Administrativa o el abogado 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 resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se 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 es parte del gobierno federal.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

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

Presentar quejas

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

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad del cuidado médico	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la calidad del cuidado que recibió (incluido el cuidado en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información suya que considera que debe ser confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien fue descortés o irrespetuoso con usted? • ¿Está insatisfecho con la manera en que nuestros Servicios para Miembros le han tratado? • ¿Siente que le están alentando a que abandone nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado tiempo para obtenerla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado tiempo por los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por Servicios para Miembros u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperas demasiado largas en el teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes o cuando recibe una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio del médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que no le hemos dado un aviso que debíamos darle? • ¿Cree que la información escrita que le hemos dado es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas tienen que ver con la	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por

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

Queja	Ejemplo
<p><i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)</p>	<p>nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitó una <i>decisión rápida de cobertura</i> o una <i>apelación rápida</i> y rechazamos su solicitud; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos para las decisiones de cobertura o las apelaciones; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos productos o servicios médicos o medicamentos que se aprobaron; puede presentar una queja. • Si usted cree que no hemos cumplido con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **queja formal**.

Presentar una queja se denomina **interponer una queja formal**.

Usar el proceso de quejas se denomina **usar el proceso para interponer una queja formal**.

Una **queja rápida** se denomina una **queja formal acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **En general, el primer paso consiste en llamar a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).** Servicios para Miembros le dirá si debe hacer algo más.
- **Si no quiere llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede presentar una queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, se la responderemos de la misma manera.
- **Instrucciones para la presentación de quejas formales:**
 - Para presentar una queja formal de manera verbal, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719, TTY/TDD 711.
 - Para presentar una queja formal por escrito, envíela a la siguiente dirección:

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

ProCare Advantage
PO Box 815
Glen Burnie, MD 21060-0815

- **Cuando presente una queja formal, proporcione la siguiente información:**
 - Su nombre.
 - Dirección.
 - Número de teléfono.
 - Número de identificación del miembro.
 - Un resumen de la queja y cualquier contacto previo que haya tenido con nosotros relacionado con la queja.
 - La medida que solicita que tomemos.
 - Su firma y la de su representante autorizado y la fecha. Si su representante presenta la queja, incluya una declaración en la que lo autorice a actuar en su nombre.
- **Opciones para una revisión rápida de la queja formal**
 - Puede solicitar una revisión rápida y trataremos de responder en el plazo de un día si su queja formal se refiere a una de las siguientes circunstancias:
 - Extendimos el plazo para tomar una decisión de la organización o de cobertura, y usted cree que necesita que tomemos una decisión más rápido.
 - Denegamos su solicitud de tomar una decisión de la organización o de cobertura en un plazo de 72 horas.
 - Denegamos su solicitud de una apelación en un plazo de 72 horas.
 - Es mejor llamar a Servicios para Miembros si desea solicitar una revisión rápida de su queja formal. Si envía su solicitud por correo, lo llamaremos para informarle que la recibimos.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que quiere reclamar.

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, es posible que le demos una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted solicita más tiempo, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario adicionales** (44 días calendario en total) para dar respuesta a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.

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

- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de su queja, o no nos hacemos responsables del problema por el cual la presenta, incluiremos nuestras razones en la respuesta.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado ante la organización para el mejoramiento de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad del cuidado*, tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La organización para el mejoramiento de calidad consiste en un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de la salud a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar el cuidado que se brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10: Cancelación de su afiliación en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su afiliación en nuestro plan

La cancelación de la afiliación en ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) puede ser **voluntaria** (es su elección) o **involuntaria** (no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque decide que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo finalizar su afiliación voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su afiliación. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su afiliación.

Si abandona nuestro plan, debemos continuar proporcionándole cuidado médico y medicamentos recetados, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su afiliación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su afiliación en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su afiliación en cualquier momento

Puede cancelar su afiliación en *ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)* en cualquier momento.

- Debido a que usted vive en un hogar de ancianos, puede **cancelar su afiliación** en *ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)* en cualquier momento.
- Si decide **cambiar a un plan nuevo**, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos.
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

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

Capítulo 10 Cancelación de su afiliación en nuestro plan

- **Por lo general, su membresía finalizará** el primer día del mes siguiente al que recibamos su solicitud para cambiar de plan.

Sección 2.2 Obtenga más información acerca de cuándo puede finalizar su afiliación

Si tiene preguntas sobre finalizar su afiliación, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- Encuentre la información en el manual **Medicare & You 2026** (Medicare y usted para 2026).
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su afiliación en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su afiliación en nuestro plan.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare con un plan separado de medicamentos de Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en <i>ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)</i> cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Original Medicare sin un plan separado de medicamentos de Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para desafilarse. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que lo desafiliemos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) cuando comience la cobertura de Original Medicare.

Capítulo 10 Cancelación de su afiliación en nuestro plan

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su afiliación, debe seguir recibiendo sus productos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su afiliación y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus servicios médicos, productos y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores dentro de la red para recibir cuidado médico.**
- **Siga usando las farmacias de la red para obtener sus medicamentos recetados.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su afiliación, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dieron el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) debe finalizar nuestra afiliación en el plan en ciertas situaciones

ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) debe finalizar su afiliación en nuestro plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan.
- No cumple con los requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan.
 - Si ya no cumple con el nivel de atención institucional.
 - Si se muda de un centro de atención de enfermería o de un centro de vida asistida de la red ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está presente de forma legal en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información acerca de otro seguro que tenga y que proporcione cobertura de medicamentos recetados.

Capítulo 10 Cancelación de su afiliación en nuestro plan

- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos cuidado médico 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 afiliación para obtener cuidado médico. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su afiliación 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 y perderá la cobertura para medicamentos.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su afiliación, llame a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos solicitarle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si cree que le pedimos que se retire de nuestro plan por motivos relacionados con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación en nuestro plan

Si cancelamos su afiliación en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja o queja formal sobre nuestra decisión de cancelar su afiliación.

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 (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan ni se expliquen en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamaciones, antecedentes médicos, 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 a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local.

También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder al cuidado, llámenos a Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarle.

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 de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP), como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen las leyes estatales.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: es un portal o una aplicación informática en la que las personas inscritas pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada, específica de las personas inscritas sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para tratar la misma afección que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Administrador de beneficios de medicamentos recetados (PBM): la organización externa de medicamentos recetados responsable del procesamiento y el pago de las reclamaciones de medicamentos recetados, del desarrollo y mantenimiento de la lista de medicamentos (formulario) y de la negociación de descuentos y reembolsos con los fabricantes de medicamentos.

Apelación: es un recurso que usted tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de cuidado médico o medicamentos recetados, o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si usted se muda de manera permanente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Asistente médico a domicilio: persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con los cuidados personales (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: 1) son brindados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Autorización previa: aprobación por adelantado para recibir servicios o ciertos medicamentos basados en criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario, y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Capítulo 12 Definiciones

Beneficio Adicional: un programa de Medicare 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.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesitar una nueva receta porque cumple con los requisitos adicionales sobre el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Cargo máximo (cargo límite): en el plan Original Medicare, es la cantidad máxima de dinero que los médicos y otros proveedores de atención médica que no aceptan la asignación pueden cobrarle por un servicio cubierto. El cargo límite es del 15% sobre el monto aprobado por Medicare. El cargo límite solo se aplica a ciertos servicios y no se aplica a los suministros ni a los equipos.

Cargo por entrega: cargo que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtido de una receta, tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): es 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 del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos a pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos recetados: es la cobertura para medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados 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 adelante en una cobertura para medicamentos recetados de Medicare.

Capítulo 12 Definiciones

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): es el seguro que le ayuda a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios, que no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta como paciente ambulatorio en un hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10), más que un porcentaje.

Coseguro: monto que se le pedirá que pague, expresado en porcentaje (por ejemplo, el 20%), como la parte que le corresponde de los costos por servicios o medicamentos recetados después de que pague los deducibles.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le recete un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted deba 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 nuestro plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. (Esto es adicional a la prima mensual de nuestro plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier monto de deducible que puede imponer un plan antes de cubrir servicios o medicamentos; 2) cualquier monto fijo de copago que requiere un plan cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que requiere un plan cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada y rehabilitación brindados de manera continua todos los días en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidado incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser dadas por un(a) enfermero(a) registrado(a) o un médico.

Cuidado paliativo: beneficio que brinda un tratamiento especial para un miembro a quien se ha certificado médicamente que padece una enfermedad terminal, lo que significa tener una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Capítulo 12 Definiciones

Cuidados de compañía: el cuidado de compañía es el cuidado personal proporcionado en un hogar de ancianos, centro de cuidados paliativos u otro centro cuando usted no necesita cuidado médico o de enfermería especializados. El cuidado de compañía, proporcionado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de compañía.

Deducible: el monto que debe pagar por el cuidado médico o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan pague.

Desafiliarse o desafiliación: es el proceso de cancelación de su afiliación en nuestro plan.

Determinación de cobertura: es una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que debe pagar por el medicamento recetado. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que la receta no está cubierta por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización: decisión que nuestro plan toma sobre si los productos o servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los productos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización también se llaman decisiones de cobertura en este documento.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, perder al niño no nacido), perder una extremidad o la función de una extremidad, o perder o sufrir el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeore rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): son ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para pacientes diabéticos, bombas de infusión por vía intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitados por un proveedor para el uso en el hogar.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otra parte calificada en su nombre) haya gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de

Capítulo 12 Definiciones

cobertura. Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año hayan alcanzado el monto del límite que paga de su bolsillo.

Evidencia de cobertura (EOC) e información sobre divulgación: 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: tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido menor (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y usted desea que renunciemos a la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o un hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido de nuestro plan. Como miembro de ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP), solo tiene que pagar los montos del costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen un saldo** o le cobren más de lo que nuestro plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros del plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Gasto máximo de bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que usted paga por las primas de nuestro plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el gasto máximo de bolsillo.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Capítulo 12 Definiciones

Hospitalización: una hospitalización es cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.

Indicación medicamento aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de Información DRUGDEX Micromedex.

Límite de gastos de bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Límites de cantidad: es una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido de tiempo.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): una lista de los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar los costos médicos a ciertas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas de Medicaid del estado varían, pero cubren la mayoría de los costos de cuidado de la salud si usted califica para Medicare y Medicaid.

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

Medicamento de marca: es el medicamento recetado fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente lo investigó y desarrolló. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por la FDA que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero suele ser más económico.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos recetados que cubre el plan.

Capítulo 12 Definiciones

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Medicare: es el programa federal de seguro médico destinado a personas de 65 años o más, a algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y a personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, como informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Esto afecta a menos del 5% de las personas que tienen Medicare, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima mayor.

Monto permitido: monto máximo en el que se basa el pago de los servicios de atención médica cubiertos. Esto puede denominarse “gasto elegible”, “asignación de pago” o “tarifa negociada”.

Multa por inscripción tardía a la Parte D: monto que se agrega a la prima mensual del plan por la cobertura de medicamentos de Medicare si usted se queda sin cobertura acreditable (cobertura que debería pagar, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un periodo de 63 días consecutivos o más luego de que usted comienza a ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D.

Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO): es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de la salud a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar el cuidado que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o pago por servicio de Medicare): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital o proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare consta de 2 partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Capítulo 12 Definiciones

Parte C: consulte plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Período de beneficios: la manera en que Original Medicare mide su uso de los servicios hospitalarios y del centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido servicios de cuidado hospitalario para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. Usted debe pagar el deducible del hospital para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción al plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados 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 comienza a ser elegible para Medicare.

Período de inscripción abierta: período de tiempo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud, o elegir Original Medicare.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos, o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que puede calificar para un Período de inscripción especial son: si se muda fuera del área de servicios, si recibe el Beneficio Adicional para pagar los costos de los medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si incumplimos con nuestro contrato.

Período de inscripción inicial: cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, este es el período en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluido el mes en el que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

Persona con doble elegibilidad: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales equivalentes institucional (IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero que necesitan el nivel de cuidado que ofrece un centro.

Capítulo 12 Definiciones

Plan de necesidades especiales para atención crónica (C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para Medicare Advantage (MA) que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona cuidado médico más centrado en grupos específicos de personas, como las que tienen Medicare y Medicaid, las que viven en un hogar de ancianos o las que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que los reciba de proveedores de la red o fuera de la red. Los costos compartidos del miembro generalmente serán más altos cuando se reciban los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de sus gastos de bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los gastos de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferido) como fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costo de Medicare, los Planes de Necesidades Especiales, los programas piloto o de demostración y los Programas de Cuidado Integral para Personas Mayores (PACE).

Plan institucional de necesidades especiales (I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero que necesitan el nivel de cuidado que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes a instituciones (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (FI-SNP).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces se lo denomina Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una Organización de Proveedores Preferidos (PPO), iii) un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir estos tipos de planes, un plan HMO o PPO Medicare Advantage también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos recetados) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**.

Capítulo 12 Definiciones

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Cuidado Integral para Personas Mayores) combina servicios médicos, sociales y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) para personas débiles, de manera que puedan conservar su independencia y seguir viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en planes PACE obtienen los beneficios tanto de Medicare como de Medicaid a través de nuestro plan.

Planes de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) y a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): es el seguro complementario de Medicare que vende una compañía privada de seguros para cubrir *los períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de cuidado médico por la cobertura de salud o para medicamentos recetados.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como referencia para los fabricantes que hacen una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Producto biológico: un medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar de manera exacta, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares (consulte “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Programa de descuentos del fabricante: programa por el que los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan para medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen con ciertos requisitos o que participan en un Programa de administración de medicamentos. Los servicios del MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de cuidados de la salud para revisar los medicamentos.

Programa Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, que son discapacitadas,

Capítulo 12 Definiciones

ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Prótesis y dispositivos ortopédicos: entre los dispositivos médicos, se incluyen soportes 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.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de cuidado médico.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de cuidado de la salud, hospitales y otros centros de cuidado médico que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de cuidado médico. **Los proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: es un proveedor o un centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, no pertenecen a nuestro plan o no están dirigidos por él.

Queja formal: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no incluye las disputas por pagos o cobertura.

Queja: el nombre formal para presentar una queja **es interponer una queja formal**. El proceso de quejas se utiliza *solo* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye las quejas si nuestro plan no cumple con los plazos del proceso de apelación.

Remisión: una orden escrita de su médico de cuidado primario para que consulte a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. La expresión servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como beneficios de la vista, dentales o de la audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Capítulo 12 Definiciones

Servicios cubiertos: es el término que utilizamos para referirnos a todos los servicios y suministros de cuidado de la salud cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen cuidado de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (para pacientes ambulatorios), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio necesario de forma urgente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, debido a sus horarios, su ubicación o sus circunstancias, no es razonable obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su afiliación, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Servicios preventivos: cuidado médico para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas antigripales y mamografías de detección).

Subsidio por ingresos bajos (LIS): consulte Beneficio Adicional.

Tratamiento escalonado: es una herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Servicios para Miembros de ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)

Método	Información de contacto de Servicios para Miembros
Llame al	1-844-206-3719 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días que son feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. Servicios para Miembros al 1-844-206-3719 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días que son feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	1-833-610-2390
Escriba al	ProCare Advantage PO Box 815 Glen Burnie, MD 21060-0815 customerservice@procareadvantageplan.com
Sitio web	ProCareAdvantagePlan.com

Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas de Texas (HICAP)

El Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas de Texas (HICAP) 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	1-800-252-9240
TTY	711
Escriba al	Texas Department of Aging and Disability Services 701 West 51st Street, MC: W275 Austin, TX 78751
Sitio web	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración de divulgación de la Ley de reducción de trámites (PRA): según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, a ninguna persona se le exige responder a una solicitud de recopilación de información, a menos que esta cuente con el número válido de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número válido de control de la OMB de esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.