

2023

ÓPTIMO XTRA

(PPO)



EVIDENCIA DE CUBIERTA

1 de enero – 31 de diciembre de 2023

Evidencia de Cubierta:

Sus beneficios y servicios de salud y su cubierta de medicamentos recetados bajo Medicare como afiliado de Óptimo Xtra PPO

Este documento le proporciona detalles acerca de su cuidado de salud y su cubierta de medicamentos recetados bajo Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Por favor, guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios al Afiliado al 1-888-620-1919 para información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-620-2520). Atendemos de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Este plan, Óptimo Xtra, es ofrecido por Triple-S Advantage, Inc. (Cuando en esta *Evidencia de Cubierta* dice “nosotros” o “nuestro/a”, se hace referencia a Triple-S Advantage, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Óptimo Xtra).

Triple-S Advantage, Inc. es un concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association.

Este documento está disponible de forma gratuita en inglés. Este documento también está disponible en otros formatos como braille, texto agrandado y audio. Por favor llame a Servicios al Afiliado si usted necesita información del plan en otro formato o lenguaje.

Beneficios, primas y/o copagos/coaseguros pueden cambiar en enero del 2024.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a los afiliados afectados con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para entender sobre:

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

H4005_115023S063_C File & Use 09022022

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

Evidencia de Cubierta 2023

Tabla de Contenido

CAPÍTULO 1: Comenzar como afiliado		6
SECCIÓN 1	Introducción	7
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos son necesarios para ser afiliado del plan?	8
SECCIÓN 3	Materiales Importantes de membresía que recibirá	10
SECCIÓN 4	Su costos mensuales Óptimo Xtra	11
SECCIÓN 5	Mas información sobre su prima mensual	14
SECCIÓN 6	Mantenga actualizado su registro de afiliación del plan	16
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	17
CAPÍTULO 2: Números telefónicos y recursos importantes.....		19
SECCIÓN 1	Contactos de Óptimo Xtra (Cómo ponerse en contacto con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicios al Afiliado)	20
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	25
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	27
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad	28
SECCIÓN 5	Seguro Social	29
SECCIÓN 6	Medicaid	30
SECCIÓN 7	Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados	31
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario.....	31
SECCIÓN 9	¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud patronal?	32
CAPÍTULO 3: Cómo utilizar el plan para obtener sus servicios médicos		33
SECCIÓN 1	Información que debe saber sobre cómo obtener cuidado médico cubierto como afiliado de nuestro plan	34
SECCIÓN 2	Cómo usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener su cuidado médico	35
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos en caso de emergencia, una necesidad de cuidado urgente o durante un desastre	38
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	41
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	41

SECCIÓN 6	Reglas para obtener cuidado cubierto en una “institución religiosa no médica para servicios de salud”	43
SECCIÓN 7	Reglas para convertirse en dueño de equipo médico duradero	44
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)</i>.....		47
SECCIÓN 1	Entienda lo que usted paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	48
SECCIÓN 2	Utilice la Tabla de Beneficios Médicos para conocer qué incluye su cubierta y cuánto usted paga	50
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	105
CAPÍTULO 5: <i>Cómo utilizar la cubierta del plan para los medicamentos recetados de la Parte D</i>		110
SECCIÓN 1	Introducción	111
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan	111
SECCIÓN 3	Sus medicamentos tienen que estar en la “Lista de Medicamentos” del plan.....	116
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cubierta de algunos medicamentos	118
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted desearía?	120
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cubierta para alguno de sus medicamentos?	123
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	125
SECCIÓN 8	Despachar una receta	127
SECCIÓN 9	Cubierta para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	127
SECCIÓN 10	Programas para la administración y el uso seguro de los medicamentos	129
CAPÍTULO 6: <i>Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D</i>		132
SECCIÓN 1	Introducción	133
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento.....	135
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	136
SECCIÓN 4	No hay deducible para Óptimo Xtra	138
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cubierta Inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga la suya	138
SECCIÓN 6	Costos en la Etapa de Brecha en la Cubierta	143
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de Cubierta Catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos	145

SECCIÓN 8	Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene.....	146
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamento cubiertos</i>.....		
148		
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos	149
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	151
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no.....	152
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>.....		
153		
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como afiliado del plan.....	154
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como afiliado del plan.....	169
CAPÍTULO 9: <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)</i>.....		
171		
SECCIÓN 1	Introducción	172
SECCIÓN 2	Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros	172
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para resolver su problema?.....	174
SECCIÓN 4	Guía básica sobre las decisiones de cubierta y las apelaciones	174
SECCIÓN 5	Su cuidado médico: cómo solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación de la decisión de cubierta.....	177
SECCIÓN 6	Medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación.....	186
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cubierta para una extensión de su estadía en el hospital si usted considera que el médico le está dando de alta muy pronto	197
SECCIÓN 8	Cómo solicitar que continuemos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cubierta está terminando demasiado pronto	205
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	211
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al afiliado u otras inquietudes	214
CAPÍTULO 10: <i>Terminar su afiliación al plan</i>		
219		
SECCIÓN 1	Introducción a terminar su afiliación a nuestro plan.....	220
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan?.....	220
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su afiliación a nuestro plan?	223

SECCIÓN 4	Hasta que se termine su afiliación, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	223
SECCIÓN 5	Óptimo Xtra debe terminar su afiliación al plan en ciertas situaciones.....	224
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	226
SECCIÓN 1	Aviso sobre las leyes vigentes	227
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación	227
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	227
SECCIÓN 4	Notificación sobre la Carta de Derechos y Responsabilidades del Pacientes	228
SECCIÓN 5	Concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association	230
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de términos importantes</i>	232

CAPÍTULO 1:

Comenzar como afiliado

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está afiliado a Óptimo Xtra, que es un PPO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su cuidado de salud y cubierta de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Óptimo Xtra. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores en este plan difieren de Medicare Original.

Óptimo Xtra es un plan Medicare Advantage PPO (PPO, por sus siglas en inglés, significa Organización de Proveedores Preferidos). Como todos los planes de salud de Medicare, este plan PPO de Medicare está aprobado por Medicare y es administrado por una compañía privada.

La cubierta bajo este plan cualifica como cubierta mínima esencial (QHC, por sus siglas en inglés) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Para obtener más información, visite la página web del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families.

Sección 1.2 ¿De qué trata el documento *Evidencia de Cubierta*?

Esta *Evidencia de Cubierta* describe cómo puede obtener cuidado médico y los medicamentos recetados cubiertos de Medicare a través de nuestro plan. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, la parte que le corresponde pagar a usted como afiliado del plan y cómo someter una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos “cubierta” y “servicios cubiertos” se refieren al cuidado, los servicios médicos y los medicamentos recetados a su disposición como afiliado de Óptimo Xtra.

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

Si le confunde o le preocupa algún tema, o tiene una pregunta, comuníquese con Servicios al Afiliado.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cubierta*

Esta *Evidencia de Cubierta* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Óptimo Xtra cubre su cuidado. Las otras partes de este contrato incluyen su solicitud de afiliación, la Lista de Medicamentos Cubiertos (*Formulario*) y cualquier notificación que reciba de nuestra parte sobre los cambios en su cubierta o las condiciones que afecten su cubierta. En ocasiones, estas notificaciones se denominan “anejos” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté afiliado a Óptimo Xtra, desde el 1 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Óptimo Xtra luego del 31 de diciembre de 2023. También podemos escoger no ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, luego dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Óptimo Xtra cada año. Usted puede seguir recibiendo cada año la cobertura de Medicare como afiliado a nuestro plan siempre que decidamos seguir ofreciendo el plan y que Medicare renueve su aprobación del mismo.

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

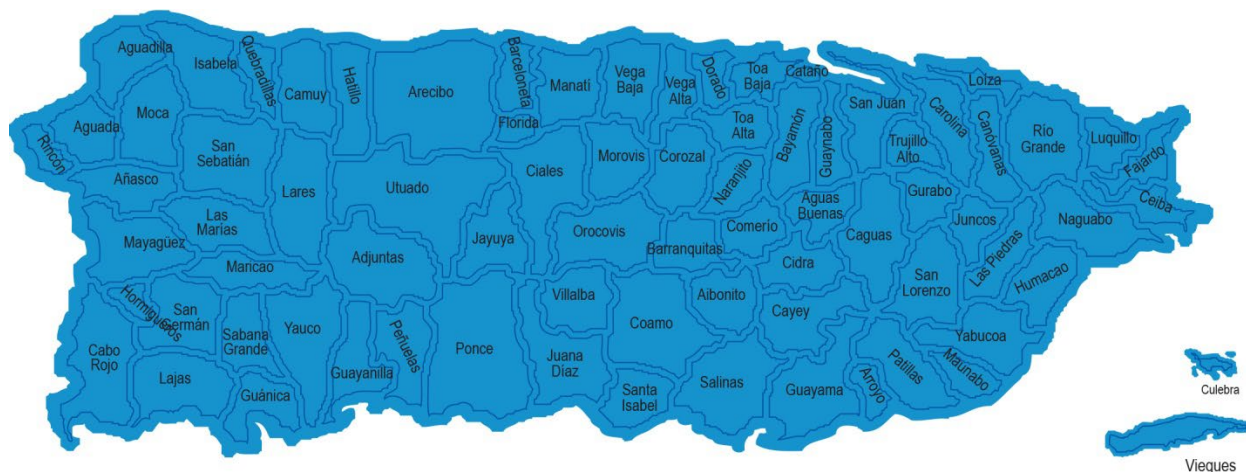
Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad
--

Usted es elegible para ser afiliado de nuestro plan, siempre y cuando:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare.
- --y-- usted viva en nuestra área geográfica de servicio (a continuación, la Sección 2.3 describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en la zona geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- --y-- sea ciudadano estadounidense o esté legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para Óptimo Xtra

Óptimo Xtra se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar como afiliado de nuestro plan, usted debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.



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

Si tiene planes de mudarse fuera del área de servicio, usted no podrá continuar afiliado a nuestro plan. Por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado para verificar si tenemos planes disponibles en su nueva área. Cuando se mude, usted tendrá un Periodo de Afiliación Especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o afiliarse a un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los afiliados de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificarán a Óptimo Xtra si usted no es elegible para continuar como afiliado, según este requisito. Óptimo Xtra debe terminar su afiliación si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales Importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Tarjeta de afiliado del plan: úsela para obtener todos los medicamentos recetados y cuidado cubiertos

Mientras sea un afiliado de nuestro plan, usted tiene que usar su tarjeta de afiliado para nuestro plan cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si procede. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de afiliado para que tenga una idea de cómo se verá la suya:



[Insertar nombre afiliado]
ID: [Insertar ID afiliado]

Grupo	[Insertar nombre de grupo]	Med. Primaria	[Insertar copago]
Plan	80840	Especialista	[Insertar copago]
Efectividad	[Insertar fecha efectividad]	Hospital	[Insertar copago]
Código BCBS	[Insertar código BCBS]	Emergencia	[Insertar copago]
Núm. Contrato	[#Contract/#PBP]	Laboratorio	[Insertar copago/coaseguro]
Grupo RX	[Insertar grupo RX]	Radiología	[Insertar copago/coaseguro]
BIN/PCN	[Insertar BIN/PCN]		

Cargos limitados de Medicare aplican.

MedicareR
Cobertura para Beneficiarios de Medicare



Afiliado: Verifique su Resumen de Beneficios para las cubiertas de servicios. La posesión de esta tarjeta no le garantiza la elegibilidad de beneficios. Ayude a prevenir el fraude. Informe cualquier cargo o servicio sospechoso a nuestro departamento de fraude y abuso.

Proveedores and Hospitals in the US and USVI: File claims with your local BlueCross BlueShield plan.

Proveedores en Puerto Rico someter reclamaciones a:
PO Box 11880 San Juan, PR 00922

www.sssadvantage.com

Servicio al Afiliado	1.888.620.1919
TTY / TDD	1.866.620.2520
Elegibilidad Fuera de Área	1.800.676.2583
Teleconsulta	1.800.255.4375
Teleconsejo	1.877.879.5964
Fraude y Abuso	787.522.4007

Triple-S es un concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association.



ZXX0123456789

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea afiliado de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de afiliado de Óptimo Xtra, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios médicos. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le solicite que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de afiliado del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios al Afiliado para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 El Directorio de Proveedores y Farmacias

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* enumera los proveedores de nuestra red y los suplidores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, suplidores de equipo médico duradero, hospitales, y otros centros de cuidado de salud que tengan un contrato con nosotros para aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total. **Las farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado despachar las recetas cubiertas para los afiliados a nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no están en la red del plan.

Usted debe usar los proveedores de la red para obtener su cuidado y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones incluyen emergencias, cuidados de urgencia cuando la red no esté disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área de la red, y los casos en los que Óptimo Xtra autorice el uso de proveedores fuera de la red.

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* también le indicará cuáles son las farmacias de nuestra red que tienen un costo compartido preferido, que puede ser menor que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

La copia actualizada de nuestro Directorio de Proveedores, Farmacias y Suplidores está disponible en nuestra página de internet www.sssadvantage.com.

Si no tiene su copia del *Directorio de Proveedores y Farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios al Afiliado.

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

El plan tiene una Lista de Medicamentos Cubiertos (*Formulario*). Nosotros la denominamos “Lista de Medicamentos” para abreviar. Esta indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Óptimo Xtra. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos de Óptimo Xtra.

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

Le proporcionaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actual sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar la página web del plan (www.sssadvantage.com) o llamar a Servicios al Afiliado.

SECCIÓN 4 Su costos mensuales Óptimo Xtra

Sus costos pueden incluir los siguiente:

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Penalidad por Afiliación Tardía a la Parte D (Sección 4.3)
- Importe Mensual Ajustado Relacionado al Ingreso (Sección 4.4)

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser menor

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos se encuentran la Ayuda Adicional y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. En el Capítulo 2, Sección 7, se explica más sobre este programa. Si cumple los requisitos, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Si ya está inscrito y recibe ayuda de uno de estos programas, la información sobre las primas en esta Evidencia de Cubierta: puede no aplicarse a usted.

Las primas de la Parte B y de Medicare son diferentes para personas con distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas revise su copia del manual Medicare y Usted 2023, la sección llamada Costos de Medicare 2023. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del Plan

Como afiliado de nuestro plan, usted pagará una prima mensual. Para el 2023, la prima mensual de Óptimo Xtra es \$40.00.

Sección 4.2 Prima Mensual de la Parte B de Medicare

Muchos afiliados están obligados a pagar otras primas de Medicare

Además de la prima mensual del plan, debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo afiliado del plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los afiliados que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Penalidad por Afiliación Tardía de la Parte D

Algunos afiliados deben pagar **una penalidad por afiliación tardía** de la Parte D. La penalidad por afiliación tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cubierta de la Parte D si en cualquier momento, una vez finalizado su período de afiliación inicial, hay un período de 63 días o más seguidos en los que no tuvo la Parte D u otra cubierta de medicamentos recetados acreditable. "Cubierta de medicamentos recetados acreditable" es una cubierta que cumple con los estándares mínimos de Medicare. El costo de la penalización por afiliación tardía depende del tiempo que haya estado sin la Parte D u otra cubierta de medicamentos recetados acreditable. Tendrá que pagar esta penalidad mientras tenga la cubierta de la Parte D.

La penalidad de la prima se añade a la prima de su plan. Cuando se inscribe por primera vez en Óptimo Xtra, le comunicamos el importe de la penalidad.

Usted **no tendrá** que pagarla si:

- Recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.

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

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

- Si estuvo 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable después de haber sido elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará el número de meses completos que no tuvo cobertura. La sanción es del 1% por cada mes que no haya tenido cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la penalidad será del 14%.
- A continuación, Medicare determina el monto de la prima mensual media de los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior. Para el 2023, esta cantidad de prima promedio es \$32.74. Esta cantidad puede cambiar para 2023.
- Para calcular la penalidad mensual, se multiplica el porcentaje de la penalidad por la prima mensual promedio y se redondea a los 10 céntimos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% por \$32.74, lo que equivale a \$4.5836. Esto se redondea a \$4.58. Esta cantidad se añadiría a la **prima mensual de alguien con una penalidad por afiliación tardía en la Parte D.**

Hay tres cosas importantes que hay que tener en cuenta sobre esta penalidad mensual por afiliación tardía de la Parte D:

- En primer lugar, **la penalidad puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- En segundo lugar, **seguirá pagando una penalidad** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si es menor de 65 años y recibe actualmente los beneficios de Medicare, la penalidad por afiliación tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años, su penalidad por afiliación tardía en la

Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cubierta después de su período de afiliación inicial por edad en Medicare.

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

Sección 4.4 Monto de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso

Algunos afiliados pueden tener que pagar un recargo, conocido como Monto de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso de la Parte D (IRMAA por sus siglas en inglés). Este cargo adicional se calcula a partir de su ingreso bruto ajustado modificado, tal y como figuran en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si este importe es superior a una cantidad determinada, pagará el importe de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para más información sobre el monto adicional que tendrá que pagar basado en su ingreso, visite <https://es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar una cantidad extra, el Seguro Social, y no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le indicará cuál será esa cantidad extra. La cantidad extra se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación Ferroviaria o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague normalmente su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad extra que debe. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el importe extra, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga la cantidad extra, se le dará de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

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

SECCIÓN 5 Mas información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Hay varias formas de pagar su prima del plan.

Hay 5 formas para pagar la prima

Opción 1: Usted puede pagar con cheque

Sistema de Libreta de Pago

Le enviamos una libreta con los cupones de pago mensual. Los afiliados envían el cupón de pago y la prima mensual del plan a: Triple-S Advantage, Inc. a la dirección indicada en el cupón de la libreta de pago – PO Box 70341 San Juan, PR 00936-8341 (la dirección que aparece en el cupón de pago no es nuestra dirección; esta es la del Banco Popular de Puerto Rico (BPPR) la cual procesa los pagos automáticamente). Los afiliados, también, pueden traer el cupón mensual a cualquiera de nuestros Centros de Servicio al Afiliado. Si usted está interesado en esta opción, o si se le acaban o pierde sus cupones de pago, llame a Servicios al Afiliado.

Sus pagos se vencerán no más tarde del día 1^{ro} de cada mes. Triple-S Advantage, Inc. hará un cargo de \$20.00 por cualquier cheque devuelto por falta de fondos.

Opción 2: Pago automático (previamente autorizado)

Esta opción consiste en un débito automático a su cuenta de cheques, cuenta de ahorros, o su tarjeta de crédito por la cantidad de la prima de su plan de salud. Esta deducción ocurrirá todos los meses. Aceptamos cuentas de cualquier banco o institución financiera en los Estados Unidos y Puerto Rico.

Opción 3: Teléfono o Internet

Con tan sólo una llamada, usted puede pagar la prima de su plan de salud utilizando los servicios provistos por Banco Popular de Puerto Rico (Telepago, www.bppr.com). También puede comunicarse con Servicios al Afiliado para realizar pagos por teléfono.

Opción 4: Instituciones bancarias

Usted también podrá pagar la prima de su plan directamente en el Banco Popular de Puerto Rico.

Opción 5: Hacer que la prima del plan se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que la prima del plan se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social. Póngase en contacto con Servicios al Afiliado para obtener más información sobre cómo pagar la prima de esta manera. Estaremos a su disposición para ayudarle a hacerlo.

Cambiar la forma de pago de la prima. Si decide cambiar el modo de pago de la prima, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigor. Mientras tramitamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicios Al Afiliado. (Los números de teléfono de Servicios al Afiliado están impresos en la contraportada de este folleto.

Qué hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

La prima del plan debe ser recibida en nuestra oficina antes del día 1 de cada mes.

Si tiene problemas para pagar la prima a tiempo, póngase en contacto con el Servicios al Afiliado para ver si podemos dirigirlo a programas que lo ayuden con sus costos.

Sección 5.2	¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?
--------------------	---

No. No estamos autorizados a comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que tiene que pagar puede cambiar durante el año. Esto ocurre si cumple los requisitos para acogerse al programa de Ayuda Adicional o si pierde su derecho al programa de Ayuda Adicional durante el año. Si un afiliado reúne los requisitos para recibir la Ayuda Adicional para sus gastos de medicamentos recetados, el programa de Ayuda Adicional pagará parte de la prima mensual del plan del afiliado. El afiliado que pierda la condición de beneficiario durante el año tendrá que empezar a pagar su prima mensual completa. Encontrará más información sobre el programa de Ayuda Adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de afiliación del plan

Su registro de afiliación tiene información de su formulario de afiliación, incluyendo su dirección y número de teléfono. Esto muestra la cubierta específica de su plan.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan necesitan tener la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de afiliación para conocer cuáles son los servicios y medicamentos cubiertos y las cantidades de costo compartido.** Por esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Informe si ocurren los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otro seguro de salud que tenga (tal como el de su patrono, el patrono de su cónyuge, por compensación en el trabajo o Medicaid)
- Si tiene cualquier reclamación de responsabilidad, tal como reclamaciones por accidentes de auto
- Si fue ingresado a un hogar de ancianos
- Si recibe cuidados en un hospital o una sala de emergencias fuera de la red o fuera del área de servicio
- Si cambia la parte designada responsable por usted (tal como un cuidador)
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No es requerido que le informe a su plan sobre las investigaciones clínicas en las que interesa participar, pero le recomendamos que así lo haga)

Si hay algún cambio, llame a Servicios al Afiliado para informarlo.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare requiere que le solicitemos información sobre cualquier otra cubierta de seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás cubiertas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumere las demás cubiertas médicas o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Por favor, revise esta información con detenimiento. Si es correcta, no tendrá que hacer nada más. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cubierta que no está incluida en la lista, llame a Servicios al Afiliado. Es posible que tenga que dar su número de identificación de afiliado del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Si usted tiene otro seguro (por ejemplo, una cubierta de salud grupal patronal), hay reglas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama “pagador primario” y paga hasta el límite máximo de su cubierta. El segundo en pagar, llamado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos que el pagador primario no ha cubierto. El pagador secundario podría no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, notifíquelo a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas aplican para las cubiertas de planes de salud de sindicatos y patronos:

- Si tiene una cubierta de retiro, Medicare paga primero.
- Si la cubierta de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un familiar, quien paga primero dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del patrono y si usted tiene Medicare debido a su edad, por discapacidad o por enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):
 - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado, y usted o un familiar todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el patrono tiene 100 o más empleados, o si es un plan de patronos múltiples y al menos uno de los patronos tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el patrono tiene 20 empleados o más, o si al menos un patrono en un plan de patronos múltiples tiene más de 20 empleados.

- Si usted tiene Medicare por una enfermedad renal terminal (ESRD), su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de comenzar a ser elegible para Medicare.

Estos tipos de cubierta por lo general pagan primero por servicios relacionados con cada categoría:

- Seguro de relevo de culpa (incluye seguros de auto)
- Responsabilidad (incluye seguros de autos)
- Beneficios por antracosis (pulmón negro)
- Indemnización laboral

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

CAPÍTULO 2:

Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Óptimo Xtra (Cómo ponerse en contacto con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicios al Afiliado)

Cómo comunicarse con Servicios al Afiliado

Para obtener ayuda con reclamaciones, facturación o si tiene preguntas sobre la tarjeta de afiliado, llame o escriba a Servicios al Afiliado de Óptimo Xtra. Con gusto le ayudaremos.

Método	Servicios al Afiliado: Información de Contacto
LLAME AL	1-888-620-1919 Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Servicios al Afiliado también ofrece un servicio gratuito de intérpretes para las personas que no hablan español.
TTY	1-866-620-2520 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	787-620-0931
ESCRIBA A	Triple-S Advantage, Inc. PO Box 11320 San Juan, Puerto Rico 00922-1320
PÁGINA WEB	<u>www.sssadvantage.com</u>

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cubierta o apelación sobre su cuidado médico

Una decisión de cubierta es una decisión que tomamos en cuanto a sus beneficios y su cubierta o la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o de medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cubierta tomada por nosotros. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones o apelaciones de cubierta relacionadas con su cuidado médico o de medicamentos recetados de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)*).

Método	Decisiones de Cubierta sobre Cuidado Médico– Información de Contacto
LLAME AL	1-888-620-1919 Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	1-866-620-2520 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	787-620-0947, 787-620-0925 or 787-620-0926
ESCRIBA A	Triple-S Advantage, Inc. PO Box 11320 San Juan, Puerto Rico 00922-1320
PÁGINA WEB	www.sssadvantage.com

CAPÍTULO 2: Números telefónicos y recursos importantes

Método	Decisiones de Cubierta sobre Cubierta de Medicamentos Recetados de la Parte D – Información de Contacto
LLAME AL	1-888-620-1919 Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	1-866-620-2520 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	1-855-710-6727
ESCRIBA A	Departamento Clínico Abarca Health LLC 650 Ave. Muñoz Rivera Suite 701 San Juan, Puerto Rico 00918-4115
PÁGINA WEB	http://abarcahealth.com/clients/medicare/triple-s

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su cuidado médico

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red o farmacias, incluyendo quejas sobre la calidad de su cuidado. Este tipo de queja no incluye disputas de cubierta ni de pagos. (Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado médico, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)*)).

Método	Quejas y Apelaciones sobre Cuidado Médico: Información de Contacto
LLAME AL	1-888-620-1919 Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	1-866-620-2520 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	787-993-3261
ESCRIBA A	Triple-S Advantage, Inc. Departamento de Apelaciones y Querellas PO Box 11320 San Juan, Puerto Rico 00922-1320
CORREO ELECTRÓNICO	appeals-grievances@sssadvantage.com
PÁGINA WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Óptimo Xtra directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare vía Internet, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de los cuidados médicos o medicamentos que usted recibió

Si usted recibe una factura o pagado por servicios (por ejemplo, la factura de un proveedor) usted podría tener que pedirnos un reembolso o que paguemos la factura de algún proveedor, vea el Capítulo 7 (*Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*)).

Por favor, recuerde: Si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Para más información, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)*)).

Método	Solicitudes de pago – Información de Contacto
LLAME AL	1-888-620-1919 Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	1-866-620-2520 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	787-620-0931
ESCRIBA A	Triple-S Advantage, Inc. Departamento de Reclamaciones PO Box 11320 San Juan, Puerto Rico 00922-1320
PÁGINA WEB	www.sssadvantage.com

Método	Solicitudes de Pago para Medicamentos Recetados de la Parte D – Información de Contacto
LLAME AL	1-888-620-1919 Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	1-866-620-2520 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	787-993-3262
ESCRIBA A	Triple-S Advantage, Inc. Departamento de Reclamaciones PO Box 11320 San Juan, Puerto Rico 00922-1320
PÁGINA WEB	www.sssadvantage.com

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare se llama Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (en ocasiones, estos centros son denominados CMS, por sus siglas en inglés). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: Información de Contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. 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 auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare: Información de Contacto
PÁGINA WEB	www.medicare.gov Esta es la página web gubernamental oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y asuntos actuales relacionados con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de cuidado de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También encontrará la información de contacto de Medicare en su estado. La página web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • Herramienta de elegibilidad de Medicare: provee información sobre su estado de elegibilidad para Medicare. • Buscador de planes de Medicare: provee información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proveen un <i>estimado</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar la página web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Óptimo Xtra: • Informe a Medicare sobre su queja: puede presentar una queja sobre Óptimo Xtra directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite https://es.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas con seriedad y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, su biblioteca o centro local para personas de edad avanzada podría ayudarlo a visitar esta página web usando sus computadoras. O, puede llamar a Medicare y preguntar por la información que está buscando. Ellos encontrarán la información en la página web y la revisarán con usted. (Usted puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa del gobierno con consejeros adiestrados en todos los estados. En Puerto Rico, el SHIP se conoce como la Oficina del Procurador de Personas de la Edad Avanzada.

La Oficina del Procurador de Personas de la Edad Avanzada es un programa independiente (no tiene relación con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Este es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar orientación gratuita y local sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Los consejeros de la Oficina del Procurador de Personas de la Edad Avanzada pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Ellos pueden ayudarle a que entienda sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su cuidado o tratamiento médico y a aclarar problemas con las facturas de Medicare. Los consejeros de la Oficina del Procurador de Personas de la Edad Avanzada también pueden ayudarle con pregunta sobre Medicare, comprender las opciones de los planes de Medicare y a contestar preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO DE ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic sobre “**Habla con Alguien**” a la mitad de la página
- Tendrá varias opciones
 - Opción #1: Puede dialogar **en vivo por chat con un representante al 1-800-MEDICARE**
 - Opción #2: Puede seleccionar su **ESTADO** del menú desplegable y hacer clic sobre IR. Esto le llevará a una página con números de teléfonos y recursos específicos a su estado.

Método	Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada (SHIP en Puerto Rico): Información de Contacto
LLAME AL	1-877-725-4300 San Juan 1-800-981-7735 Ponce 1-800-981-0056 Mayagüez

Método	Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada (SHIP en Puerto Rico): Información de Contacto
TTY	787-919-7291 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
FAX	787-919-7969
ESCRIBA A	Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada PO Box 191179 San Juan, Puerto Rico 00919-1179
PÁGINA WEB	www.oppea.pr.gov

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

En cada estado hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para brindar servicios a los beneficiarios de Medicare. En Puerto Rico, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta, LLC.

Livanta, LLC cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad del cuidado que se le provee a las personas que tienen Medicare. Livanta, LLC es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Usted debe comunicarse con la Livanta, LLC si se presenta alguna de las siguientes situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad del servicio que ha recibido.
- Si cree que la cubierta para su hospitalización termina demasiado pronto.
- Si cree que la cubierta para el cuidado de la salud en el hogar, servicios en centros de enfermería especializada, servicios en Centros de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) termina demasiado pronto.

Método	Livanta, LLC (Organización para el mejoramiento de la Calidad de Puerto Rico) – Información de Contacto
LLAME AL	1-866-815-5440 Querellas y Reclamaciones de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Fines de semana y Feriados de 11:00 a.m. a 3:00 p.m. Servicio de correo de voz disponible 24 horas.
TTY	1-866-868-2289 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Método	Livanta, LLC (Organización para el mejoramiento de la Calidad de Puerto Rico) – Información de Contacto
FAX	1-855-236-2423
ESCRIBA A	BFCC-QIO Program 9090 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, Maryland 20701
PÁGINA WEB	www.BFCCQIOArea1.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

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

Método	Seguro Social: Información de Contacto
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. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.

Método	Seguro Social: Información de Contacto
PÁGINA WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar sus gastos médicos. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos, como las primas de Medicare. Estos "Programas de Ahorro de Medicare" incluyen:

- **Beneficiario cualificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (tales como deducibles, coaseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos (SLMB, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid (SLMB+)).
- **Individuo cualificado (QI, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuo discapacitado y empleado cualificado (QDWI, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la **Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico)**.

Método	Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico): Información de Contacto
LLAME AL	Centro de llamadas: 787-641-4224 Disponible lunes a viernes, 8:00 a.m. - 6:00 p.m. Oficina Central: 787-765-2929 Disponible lunes a viernes, 7:30 a.m. - 4:00 p.m.
TTY	787-625-6955 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Departamento de Salud de Puerto Rico Programa Medicaid PO Box 70184 San Juan, Puerto Rico 00936-8184
CORREO ELECTRÓNICO	prmedicaid@salud.pr.gov

Método	Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico): Información de Contacto
PÁGINA WEB	https://www.medicaid.pr.gov/

SECCIÓN 7 Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados

La página web Medicare.gov (<https://es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) ofrece información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas de ayuda, que se describen a continuación.

En Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana existen programas que ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de Medicare. Los programas en estas áreas pueden variar. Comuníquese con la oficina de Asistencia Médica (Medicaid) local para conocer más sobre sus reglas (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 de este capítulo). O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y diga “Medicaid” para obtener más información. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar www.medicare.gov para obtener más información.

¿Qué ocurre si usted tiene cubierta de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)? ¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a que individuos elegibles que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP cualifican para asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través del Programa Ryan White Parte B del Departamento de Salud.

Nota: Para ser elegible para el programa ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo evidencia de residencia en el Estado, el estado de su condición de VIH, comprobante de bajos ingresos según definido por el Estado y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, por favor notifique a su trabajador de inscripción del ADAP local para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa llame al (787) 765-2929, Ext. 5106 y 5136.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios de la nación y a sus

familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les notifique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario: Información de Contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de RRB de 9: 00 a.m. a 3: 30 p.m. lunes, martes, jueves y viernes y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder la línea de ayuda automatizada de RRB e información grabada las 24 horas del día, incluyendo los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
PÁGINA WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud patronal?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su patrono o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su patrono, sindicato o a Servicios al Afiliado si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el periodo de inscripción de su patrono o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicios al Afiliado aparecen impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cubierta de Medicare conforme a este plan.

Si tiene otra cubierta de medicamentos recetados a través de su patrono o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con **el administrador de beneficios del grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cubierta actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar el plan para obtener sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Información que debe saber sobre cómo obtener cuidado médico cubierto como afiliado de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener el cuidado médico cubierto. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipo, medicamentos recetados, y otros tipos de cuidado médico cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de cuidado médico cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo cuando recibe dicho cuidado, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar cuidado y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de cuidado médico.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de cuidado médico que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestros pagos y la cantidad de su costo compartido como pago total. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por el cuidado que le brindan. Cuando ve a un proveedor de la red, usted solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen todo el cuidado médico, los servicios de cuidado médico, los suplidos, los equipos y los Medicamentos Recetados que están cubiertos por nuestro plan. La Tabla de Beneficios del Capítulo 4 enumera los servicios cubiertos para su cuidado médico. Sus servicios cubiertos de medicamentos recetados se encuentran en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener el cuidado médico cubierto por su plan

Como un plan de salud de Medicare, Óptimo Xtra debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las reglas de cubierta de Medicare Original.

Óptimo Xtra cubrirá, por lo general, su cuidado médico, siempre y cuando:

- **El cuidado que reciba se incluya en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar el plan para obtener sus servicios médicos

- **El cuidado que reciba se considere médicamente necesario.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suplidos, equipos, o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los criterios aceptados por la práctica médica.
- **Usted recibe cuidado de un proveedor elegible para proporcionar servicios conforme a Medicare Original.** Como afiliado de nuestro plan, usted puede recibir cuidado de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red (para obtener más información al respecto, vea la Sección 2 de este capítulo).

Los proveedores dentro de nuestra red se incluyen en el *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

Si utiliza un proveedor que no pertenece a la red, su parte del costo por sus servicios cubiertos puede ser más alta.

Por favor, tenga en cuenta lo siguiente: aunque puede recibir cuidado de un proveedor fuera de la red, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran cuidado de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si recibe cuidado de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba. Hable con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que sean elegibles para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener su cuidado médico

Sección 2.1	Puede elegir a un médico de su elección (POC, por sus siglas en inglés) para que brinde y supervise su cuidado médico
--------------------	--

¿Qué es un “POC” y qué hace el POC por usted?

Cuando usted se afilia a Óptimo Xtra, usted puede elegir a un proveedor del plan para que sea su POC. Su POC es un médico que cumple los requisitos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y coordinará los servicios necesarios y preventivos acordes a su edad, sexo, y condición de salud. Triple-S Advantage, Inc. le recomienda que seleccione un POC ya que esta es la mejor persona que puede coordinar sus necesidades de cuidado de salud.

Un POC puede ser un Internista, un especialista en medicina de familia, un generalista o un geriatra. Sin embargo, también puede ser otro tipo de proveedor dentro de la red tales como cardiólogos u oncólogos dependiendo de su preferencia y las necesidades de su cuidado de salud. Como explicamos más adelante, usted puede obtener su cuidado básico o rutinario de su médico de cabecera. Su médico de cabecera conocerá todo sobre su salud y mantendrá un récord completo de su condición de salud.

Debido a que el plan Óptimo Xtra pertenece a una Organización de Proveedores Preferido (PPO, por sus siglas en inglés), usted no necesita referidos, para recibir los sus servicios cubiertos de

cualquier proveedor de la red o fuera de la red. Sin embargo, si usted visita un proveedor fuera de la red los gastos directos de su bolsillo serán mayores

¿Cómo elige al POC?

Como afiliado de nuestro plan usted puede seleccionar su POC utilizando el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. Si hay un hospital particular que desea utilizar, verifique que su POC utilice ese hospital. Los afiliados pueden cambiar su POC (tal como explicamos más adelante en esta sección).

Cómo cambiar de POC

Puede cambiar de POC por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que su POC deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo POC de nuestro plan o pagará más por recibir los servicios cubiertos.

Para cambiar su POC, llame a Servicios al Afiliado a los números que están en la contraportada de este documento. Servicios al Afiliado le ayudará a asegurarse de que usted continúe recibiendo cuidado especializado y otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambie a un nuevo POC. También, se asegurarán de que el POC al cual usted quiere cambiar, acepte nuevos pacientes. Servicios al Afiliado le indicará cuando el cambio a su nuevo POC será efectivo.

Sección 2.2	Cómo puede obtener cuidado de especialistas y otros proveedores de la red
--------------------	--

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

- Oncólogos, los que atienden a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos, los que atienden a los pacientes con condiciones del corazón.
- Ortopedistas, los que atienden a los pacientes que tienen determinadas condiciones de los huesos, coyunturas o músculos.

Debido a que el plan Óptimo Xtra pertenece a una Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), usted no necesita referidos de ningún proveedor dentro o fuera de la red, para recibir sus servicios cubiertos. Sin embargo, si usted visita un proveedor fuera de la red, su parte del costo será mayor.

Cuando usted acude a un proveedor especialista del plan y el médico necesita realizar determinadas pruebas o intervenciones quirúrgicas, el médico debe recibir primero una pre-autorización de nuestro plan. El médico es responsable de obtener la pre-autorización para usted. Para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa, puede leer el capítulo 4, sección 2.1.

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

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas cualificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para notificarle de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor cualificado para que continúe manejando el cuidado de su salud.
- Si está bajo algún tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido.
- Si nuestra red no tiene un especialista cualificado para un servicio de cuidado cubierto por el plan, nosotros debemos cubrir ese servicio con el mismo compartido aplicable dentro de la red, sin embargo, se requerirá pre-autorización.
- Si descubre que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor que maneje el cuidado de su salud.
- Si cree que no le hemos facilitado un proveedor cualificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado de salud no está siendo manejado de manera apropiada, usted tiene derecho una queja sobre la calidad del cuidado de salud al QIO, una queja sobre la calidad del cuidado de salud al plan, o ambas. Vea el Capítulo 9.

Sección 2.3	Cómo puede obtener cuidado de proveedores fuera de la red
--------------------	--

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

- Aunque puede recibir cuidado de un proveedor fuera de la red, en la mayoría de los casos ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran cuidado de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si recibe cuidado de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar el plan para obtener sus servicios médicos

servicios que reciba. Hable con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que sean elegibles para participar en Medicare.

- No es necesario que obtenga un referido o una pre-autorización cuando recibe cuidado de proveedores que no pertenecen a la red. Sin embargo, antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red, es posible que deba solicitar una decisión de cubierta antes de la visita para confirmar que los servicios que recibe están cubiertos y son médicamente necesarios. (Para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cubierta, vea la Sección 4 del Capítulo 9). Esto es importante por lo siguiente:
 - Si no cuenta con una decisión de cubierta antes de la visita y si más adelante determinamos que los servicios no están cubiertos o que no eran médicamente necesarios, podemos negar la cubierta y usted será responsable del costo total. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su cuidado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, vea el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)*).
- Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que le facture al plan primero. Pero, si ya ha pagado por los servicios cubiertos, le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde pagar por los servicios cubiertos. O, si un proveedor fuera de la red le envía una factura a usted y usted considera que nosotros deberíamos pagarla, puede enviarnos la factura para que realicemos el pago. Vea el Capítulo 7 (*Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.
- Si utiliza un proveedor fuera de la red para recibir cuidado de emergencia, servicios de urgencia o servicios de diálisis fuera del área, puede que no deba pagar una cantidad de costo compartido más alta. Para obtener más información sobre estas situaciones, vea la Sección 3.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en caso de emergencia, una necesidad de cuidado urgente o durante un desastre

Sección 3.1	Cómo puede obtener cuidado en caso de una emergencia médica
--------------------	--

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

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre la salud y la medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de vida, (si es una mujer embarazada, la pérdida del bebé que aún no ha nacido), la pérdida de una extremidad o de la función de una

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar el plan para obtener sus servicios médicos

extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si lo necesita. No es necesario que su PCP le apruebe o le refiera primero. No es necesario que acuda a un médico de la red. Puede recibir atención médica de urgencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, aunque no forme parte de nuestra red
- **Tan pronto pueda, asegúrese de avisar al plan sobre la emergencia.** Necesitamos darle seguimiento a la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos sobre su cuidado de emergencia, por lo general, dentro de un plazo de 48 horas. Por favor, póngase en contacto con Servicios al Afiliado en el número que aparece en el reverso de su tarjeta de afiliación al plan

¿Qué está cubierto si usted tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Cubriremos la atención de emergencia/urgencia en todo el mundo en el marco de su plan. Nuestro plan no cubre los servicios de ambulancia y/o cualquier otro servicio que no sea de emergencia si usted recibe la atención fuera de los Estados Unidos. Para más información, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este documento.

Los médicos que atienden su emergencia decidirán cuándo su estado es estable y la emergencia médica haya terminado.

Una vez termine la emergencia, usted tiene derecho a recibir cuidado de seguimiento para asegurar que su condición se mantiene estable. Sus médicos continuaran tratándolo hasta que nos contacten y hagan planes de cuidado adicional. El plan cubre su cuidado de seguimiento.

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

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

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

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar el plan para obtener sus servicios médicos

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que no era una emergencia, la cantidad de costos compartidos que usted paga dependerá de si recibe la atención de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. Si recibe la atención de proveedores de la red, su parte de los costos será normalmente menor que si recibe la atención de proveedores fuera de la red.

Sección 3.2 Cómo obtener cuidado médico en caso de una situación médica urgente**¿Qué es el “cuidado de urgencia”?**

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

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y de urgencia a nivel mundial fuera de los Estados Unidos bajo las siguientes circunstancias:

- Para Óptimo Xtra los servicios están cubiertos a través de reembolso de acuerdo a las tarifas de Triple-S Advantage, Inc. como un beneficio suplementario. Nuestro plan no cubre los servicios de ambulancia y/o cualquier otro servicio que no sea de emergencia si usted recibe la atención fuera de los Estados Unidos. Para más información, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este documento.

Sección 3.3 Cómo obtener cuidado durante un desastre

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

Visite la siguiente página web: www.sssadvantage.com para obtener información sobre cómo obtener el cuidado que necesita durante un desastre.

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

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

Sección 4.1	Puede solicitar que paguemos la parte del costo que nos corresponde por los servicios cubiertos
--------------------	--

Si pagó más de lo que le correspondía pagar de sus costos compartidos por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, vea el Capítulo 7 (*Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2	Si nuestro plan no cubre los servicios, usted tiene que pagar el costo total
--------------------	---

Óptimo Xtra cubre todos los servicios médicos que sean médicamente necesarios, estos servicios están enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen límites de beneficios, usted también puede pagar el costo total de los servicios que reciba después de haber agotado la totalidad de su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los únicos servicios que cuentan para el máximo de gastos de bolsillo son los incluidos en la cubierta de Medicare Original. Puede llamar a Servicios al Afiliado cuando quiera saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus 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 llamado "ensayo clínico") es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar la participación de voluntarios en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese su interés, alguien que trabaje en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple los requisitos establecidos por los científicos que lo dirigen. Puede participar en el estudio siempre que cumpla los requisitos de este y que comprenda y acepte plenamente lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa de que

participa en un estudio clínico cualificado, sólo será responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de dicho estudio. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó la cantidad de costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá presentar la documentación que demuestre cuánto pagó. Cuando participe en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos lo comunique ni que obtenga nuestra aprobación ni la de su PCP. Los proveedores que le atienden como parte del estudio de investigación clínica no tienen que formar parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le animamos a que nos lo notifique con antelación cuando decida participar en estudios clínicos calificados por Medicare.

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

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

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

- Los costos por estadía en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia del nuevo cuidado.

Luego de que Medicare pague su parte del costo por estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Medicare Original y su parte de los costos dentro de la red como afiliado de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios recibidos como parte del estudio que si los recibiera por parte de nuestro plan. No obstante, debe presentar la documentación que demuestre el importe de los costos compartidos que ha pagado. En el Capítulo 7 encontrará más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:
supongamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para esta prueba bajo Medicare Original, pero la prueba sería de \$10 conforme con los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría el copago de 20 dólares exigido por Medicare Original. A continuación,

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar el plan para obtener sus servicios médicos

deberá notificar a su plan que ha recibido un servicio de ensayo clínico cualificado y presentar la documentación, como la factura del proveedor, al plan. El plan le pagaría directamente 10 dólares. Por lo tanto, su pago neto es de 10 dólares, la misma cantidad que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe presentar la documentación a su plan, como una factura del proveedor.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán por ninguno de los siguientes:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho artículo o servicio, incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los artículos o servicios que se proporcionen solo para recopilar datos y que no se utilicen directamente en su cuidado médico. Por ejemplo, Medicare no pagaría por las tomografías computarizadas (CT scans, por sus siglas en inglés) mensuales que se realicen como parte del estudio si su condición médica usualmente requiere una sola tomografía computarizada.

¿Desea conocer más?

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

SECCIÓN 6 Reglas para obtener cuidado cubierto en una “institución religiosa no médica para servicios de salud”

Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica para servicios de salud?
--------------------	---

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es un centro que provee cuidado médico para una condición que normalmente sería tratada en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un afiliado, se brindará cubierta para su cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud. Este beneficio se brinda solo para los servicios de hospitalización de la Parte A (servicios no médicos de cuidado de salud).

Sección 6.2 Recibiendo cuidado de una Institución Religiosa No Médica para Servicios de Salud

Para que lo atiendan en una institución religiosa no médica para servicios de salud, debe firmar un documento legal en el que indique que usted se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico “no exceptuado”.

- El cuidado o el tratamiento médico “no exceptuado” corresponde al cuidado o el tratamiento médico *voluntario y no requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El cuidado o el tratamiento médico “exceptuado” corresponde al cuidado o el tratamiento médico que *no* es voluntario o que no es requerido bajo la ley federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, el cuidado que reciba en una institución religiosa no médica para servicios de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que provea el cuidado debe estar certificada por Medicare.
- La cubierta del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos no religiosos del cuidado.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una condición médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes al cuidado para pacientes hospitalizados o al cuidado en un centro de enfermería especializada.
 - –Y– debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido al centro, porque de lo contrario, su estadía no se cubrirá.

El cuidado de una institución religiosa no médica para servicios de salud está cubierto como Cuidado Hospitalario o Facilidad de Enfermería Diestra. Los mismos copagos y límites de cubierta aplican. Para información detallada vea Tabla de Beneficios Médicos que se incluye en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Reglas para convertirse en dueño de equipo médico duradero**Sección 7.1 ¿Puede hacerse dueño del equipo médico duradero después de realizar cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan?**

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos como suplidos y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones motorizados, muletas, suplidos para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar.

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar el plan para obtener sus servicios médicos

El afiliado siempre será dueño de ciertos artículos, como dispositivos prostéticos. En esta sección, discutimos otros tipos de DME que deben ser alquilados.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de efectuar los copagos del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como afiliado de Óptimo Xtra, por lo general, no adquirirá la propiedad de los artículos DME alquilados, independientemente del número de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME bajo Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo DME. Llame al servicio de atención al afiliado para obtener más información.

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

Si no adquirió la posesión del DME mientras estuvo en nuestro plan, usted tendrá que realizar 13 pagos nuevos consecutivos después de cambiar a Medicare Original para poder ser dueño del artículo. Los pagos que realizó mientras fue afiliado de nuestro plan no cuentan.

Ejemplo 1: Ha efectuado 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se ha inscrito en nuestro plan. Los pagos que realizó en Medicare Original no cuentan. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para obtener la propiedad del artículo.

Ejemplo 2: Ha efectuado 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se ha afiliado a nuestro plan. Estuvo en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. A continuación, vuelve a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para obtener la propiedad del artículo una vez que vuelva a inscribirse en Medicare Original. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2	Reglas para el equipo de oxígeno, suplido y mantenimiento
--------------------	--

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si cualifica para cubierta de equipos de oxígeno de Medicare, durante el tiempo que esté afiliado, Óptimo Xtra cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si se desafilia de Óptimo Xtra o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario, entonces el equipo de oxígeno debe devolverse al propietario.

¿Qué pasa si deja nuestro plan y regresa a Medicare Original?

Medicare Original exige que el proveedor de oxígeno le preste servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor le proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Al cabo de cinco años, usted puede optar por seguir con la misma compañía o por irse a otra. En ese momento, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si permanece en la misma compañía, lo que le obliga a pagar los copagos de los primeros 36 meses. Si se afilia o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años vuelve a empezar.

CAPÍTULO 4:

Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**SECCIÓN 1 Entienda lo que usted paga de su bolsillo por los servicios cubiertos**

En este capítulo encontrará una Tabla de Beneficios Médicos que enumera los servicios cubiertos e indica cuánto pagará por cada servicio cubierto como afiliado de Óptimo Xtra. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También le explica los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos que podría tener que pagar de su bolsillo por sus servicios cubiertos

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

- El “**copago**” es una cantidad fija que paga cada vez que recibe algún servicio médico. Usted hace un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El “**coaseguro**” es el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coaseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coaseguro).

La mayoría de las personas que cualifica para Medicaid o para el programa Beneficiario Cualificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coaseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde.

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

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

- La cantidad máxima **que paga de su bolsillo dentro de la red** es \$6,700. Esta es la cantidad máxima que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B de Medicare que recibe de los proveedores dentro de la red. Las cantidades que usted paga por los copagos y el coaseguro para los servicios cubiertos de proveedores dentro de la red cuentan para la cantidad máxima que paga de su bolsillo dentro de la red. (Las cantidades que paga por las primas del plan, los medicamentos recetados de la Parte D y los servicios que recibe de proveedores fuera de la red no cuentan para la cantidad máxima que paga de su bolsillo dentro de la red). Si ha pagado \$6,700 por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B de

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

proveedores dentro de la red, no deberá pagar ningún costo de su bolsillo durante el resto del año cuando visite a proveedores dentro de nuestra red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

- **La cantidad máxima que paga de su bolsillo combinada** es \$10,000. Este es la cantidad máxima que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B de Medicare que recibe de los proveedores dentro y fuera de la red. Las cantidades que usted paga por los copagos y el coaseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo combinada. (Las cantidades que paga por las primas de su plan y los medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para la cantidad máxima que paga de su bolsillo combinada). Si ha pagado \$10,000 por los servicios cubiertos, tendrá una cubierta del 100% y no deberá pagar ningún costo de su bolsillo por el resto del año por servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos”
--------------------	---

Como afiliado de Óptimo Xtra, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar su costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden añadir cargos adicionales por separado, práctica conocida como “facturación de saldos”. Esta protección aplica aunque paguemos menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces usted solo paga esa cantidad por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red. Generalmente, tendrá copagos más altos cuando reciba cuidado de proveedores fuera de la red.
- Si su costo compartido es un coaseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que vea:
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que no participa con Medicare, entonces usted paga la cantidad del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Si cree que un proveedor le ha “facturado saldos”, llame a Servicios al Afiliado.

SECCIÓN 2 Utilice la Tabla de Beneficios Médicos para conocer qué incluye su cubierta y cuánto usted paga

Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como afiliado del plan
--------------------	---

La Tabla de Beneficios Médicos en las siguientes páginas, enumera los servicios que Óptimo Xtra cubre y lo que usted pagará de su bolsillo por cada servicio. La cubierta de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cubierta:

- Los servicios cubiertos por Medicare tienen que ser provistos de conformidad con las guías de cubierta establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo cuidado médico, los servicios, los suplidos, equipos y medicamentos de la Parte B) tienen que ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suplidos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados en la práctica de la medicina.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos como servicios dentro de la red solo si el médico o los demás proveedores de la red obtienen la aprobación por adelantado (esto suele denominarse “pre-autorización”) de Óptimo Xtra.
 - Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado para recibir cubierta como servicios dentro de la red están indicados en **negrita** en la Tabla de Beneficios Médicos.
 - No necesita obtener aprobación por adelantado para los servicios de proveedores fuera de la red.
- Aunque no necesita obtener aprobación por adelantado para proveedores fuera de la red, usted o su médico puede solicitar que tomemos una decisión de cubierta por adelantado.

Otra información importante que debe conocer sobre su cubierta:

- En el caso de los beneficios en los que la cantidad del costo compartido es un porcentaje del coaseguro, la cantidad que usted paga depende del tipo de proveedor del cual recibe los servicios:

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
- Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Como todos los planes de salud de Medicare, nosotros cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cubierta y los costos de Medicare Original, vea su manual *Medicare y Usted 2023*. También puede verlo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si usted recibe tratamiento o control de una condición médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que aplique un copago por el cuidado recibido por la condición médica existente.
- Si Medicare agrega cubierta para algún servicio nuevo durante el año 2023, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.



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

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar al obtener estos servicios	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Un único ultrasonido diagnóstico para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si consigue un referido de parte de su médico,	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para esta prueba de detección preventiva.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para esta prueba de detección preventiva.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
asistente médico, enfermero autorizado o enfermera clínica especialista.	Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
Acupuntura y Otras Terapias Alternativas Hasta doce (12) visitas combinadas cada año. Servicios incluyen: • Acupuntura Médica • Medicina China • Sanación Pránica • Musicoterapia • Hipnoterapia (para ansiedad, fobias, abuso de sustancias, trastornos mentales, malos hábitos o conductas indeseables, como trastornos de sueño y aprendizaje y problemas de comunicación) • Medicina Naturopática • Medicina Tradicional China • Reflexología El límite de beneficio máximo se aplica para proveedores dentro y fuera de la red.	25% coaseguro Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta doce (12) visitas en 90 días para beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: Para el propósito de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • con una duración de 12 semanas o más; • inespecífico, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, enfermedad etc.); • no asociado con una cirugía; y	25% coaseguro Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
• no asociado con embarazo. Se cubrirán ocho (8) sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o retrocede. Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA, por sus siglas en inglés), enfermeros practicantes (NP, por sus siglas en inglés)/especialistas en enfermería clínica (CNS, por sus siglas en inglés) (según se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley), y personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales y tienen: • Una maestría o grado doctoral en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM, por sus siglas en inglés); y, • Una licencia actualizada, completa, activa, y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio, o estado libre asociado (ej. Puerto Rico) de los Estados Unidos o Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS según requieren nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
Servicios de ambulancia - Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar cuidado solo si se trata de un afiliado cuya condición médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. - El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la condición médica del afiliado es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. Transporte no emergente requiere pre-autorización.	\$0 copago por viaje ida y vuelta. 20% coaseguro Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
 Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, usted puede conseguir una visita anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y de salud actuales. Esta visita está cubierta una vez al año. Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una visita de “Bienvenido a Medicare” para estar cubierto para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar. No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar al obtener estos servicios	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
 Medida de densidad ósea Para los individuos que cualifiquen (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea (esto incluye la lectura de los resultados por parte de un médico).	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la medida de densidad ósea cubierta por Medicare.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la medida de densidad ósea cubierta por Medicare. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
 Prueba de detección del cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre las edades de 35 y 39 años • Una mamografía de control o revisión cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y consejería están cubiertos para los afiliados que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. Requiere pre-autorización.	\$0 copago	25% coaseguro Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar al obtener estos servicios	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
 Visita para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de cuidado primario para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede discutir el uso de aspirina (si es apropiado), verificar su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo saludablemente.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
 Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares Prueba de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la prueba para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la prueba para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
 Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar al obtener estos servicios	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	cubiertos por Medicare.	cubiertos por Medicare. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen: - Manipulación de la columna vertebral para corregir subluxaciones - Hasta seis (6) visitas de rutina por año, incluyendo la visita inicial El límite de beneficio máximo se aplica para proveedores dentro y fuera de la red.	\$5 copago por visita o manipulación cubierta por Medicare. \$5 copago por visita de rutina.	25% coaseguro por visita o manipulación cubierta por Medicare. 25% coaseguro por visita de rutina. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, se cubren los siguientes estudios: - Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: - Prueba guayacol de sangre oculta en heces fecales (gFOBT, por sus siglas en inglés) - Prueba inmunoquímica fecal (FIT, por sus siglas en inglés) Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar al obtener estos servicios	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia		
Servicios Dentales En general, los servicios dentales preventivos (tales como limpiezas, los exámenes orales de rutina, y las imágenes radiográficas) no están cubiertos por Medicare Original. Todos los servicios cubiertos están sujetos a necesidad médica. Nosotros cubrimos: <u>Servicios Diagnósticos:</u> <u>Algunos servicios pueden requerir pre-autorización o reporte</u> • Una evaluación oral comprensiva cada tres años conocida como examen inicial; • Una evaluación oral periódica cada 6 meses, conocida como evaluación de preventiva de seguimiento. • Una evaluación oral limitada cada 6 meses, conocida como examen de emergencia • Una evaluación oral comprensiva cada tres años conocida como examen inicial por un especialista en Periodoncia –	\$0 copago por servicios dentales diagnósticos y preventivos.	20% coaseguro Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
(especialista que trata problemas del hueso y las encías). • Una (1) radiografía panorámica o una serie completa de la boca cada tres años, pero no ambas. • Un máximo de cuatro (4) imágenes radiográficas individuales por cada visita de emergencia • <i>Una (1)</i> Prueba de vitalidad pulpar –cada 6 meses. <u>Servicios Preventivos:</u> • Limpieza dental (profilaxis) – Una (1) cada 6 meses. Incluye la inspección y limpieza de dentaduras postizas completas y parciales removibles. • Aplicación de fluoruro tópico – Una (1) cada 6 meses, para afiliados que han perdido función salivar. • Sellantes de fisuras de dientes – Uno (1) por diente por vida en pacientes menores de 15 años. • Mantenedores de espacio: Uno (1) por cuadrante o uno (1) por arco por vida en pacientes menores de 15 años. • Re-cementación de mantenedores de espacio – Uno por vida por mismo mantenedor. <u>Servicios Dentales Comprensivos:</u> Límite de beneficio: Hasta \$3,250 cada año para servicios dentales comprensivos. El	

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
límite de beneficio máximo se aplica para proveedores dentro y fuera de la red. <u>Restaurativos:</u> • Restauraciones (corrección de caries dentales o restauración de una fractura) en amalgama o resinas compuestas. • Reemplazo de restauraciones cada 2 años. • Corona prefabricada de acero inoxidable para diente primario – una por diente por vida. • Corona prefabricada en resina - una por diente por vida. • Laminado labial en cerámica o porcelana de forma indirecta. La reparación de las carillas de porcelana se limita a 1 por diente cada 5 años, cuando existe una patología subyacente corregida. • Restauración protectora (sedativa) –uno (1) por diente por vida. • Retención de pernos • Construcción de muñón: Uno (1) por diente cada 5 años. • Re-cementación de incrustación • Re-cementación de poste o muñón. <u>Endodoncia:</u> Los servicios de endodoncia no aplican a dientes primarios (dientes de leche). Beneficios son limitados a uno (1) por diente por vida:	25% coaseguro Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
• Terapia endodóntica conocido como Root Canal uno por diente por vida. • Recubrimiento de pulpa (del nervio del diente) uno por diente por vida. • Pulpotomía (remoción del nervio) terapéutica solo para dientes primarios (dientes de leche) uno por diente por vida. • Desbridamiento pulpar (remoción parcial nervio del diente) uno por diente por vida. • Retratamiento de terapia de <i>Root Canal</i>: uno por diente por vida • Recalcificación/ Apexificación: uno por diente por vida. • Apicectomías y relleno retrógrado • Barrera intraorificio <u>Periodoncia:</u> • Gingivectomia o gingivoplastia –uno por cuadrante cada 3 años. • Procedimiento de colgajo gingival - Uno (1) por cuadrante cada 3 años. • Cirugía Ósea - Uno (1) por cuadrante cada 3 años. • Regeneración guiada de tejido - Uno (1) por cuadrante cada 3 años. • Reemplazo de injerto óseo – Uno (1) por diente por vida. • Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno - Uno (1) por cuadrante cada 3 años. • Alargamiento de Corona - uno (1) por diente por vida. • Ferulización de dientes naturales- • Cambio de vendaje no programado-	

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
Lo que debe pagar al obtener estos servicios • Desbridamiento completo preventivo – Una (1) anual. • Alisado radicular y curetajes – Un (1) servicio por cuadrante cada 2 años. • Mantenimiento periodontal –uno (1) cada 6 meses luego de un tratamiento periodontal <u>Prostodoncia (prótesis):</u> Prótesis: • Coronas sencillas o individuales –Una por diente cada 5 años ○ Se cubre todo tipo de material en coronas ○ Re-cementación de coronas una por cada diente por vida de la corona ○ Reparación de corona sencilla o individual una por diente cada cinco años • Puentes fijos: Cada cinco años ○ Reparación de prótesis (puente) fija una cada cinco años • Prótesis parcial unilateral removible de una pieza • Dentadura removible completa maxilar y mandibular Implantes: Implante dental para sujetar: • Corona sencilla • Puente fijo	

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
• Dentadura completa: máximo de 4 implantes arriba (maxilar) y 4 implantes abajo (mandíbula) • Pilares de implantes • Remoción de implante • Reparación de prótesis completa Los implantes están limitados a uno (1) por vida para el espacio del diente que sustituye. Reemplazo de implantes: luego de pasado 5 años. Reparaciones y ajustes de prótesis removible: • Ajustes de prótesis completas o parciales • Reparación de dentadura completa o parcial hasta tres veces cada cinco años • Añadir o reparar diente a dentaduras completas o parciales • Añadir o reparar ganchos a una dentadura parcial • Rebasado de dentadura completa y parcial uno por dentadura completa o parcial removible cada 5 años. • Revestimiento de dentadura completa y parcial uno por dentadura completa o parcial removible cada 5 años. <u>Cirugía oral y maxilofacial:</u> • Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta • Extracción quirúrgica de diente erupcionado / raíz residual • Remoción de dientes impactados en tejido • Remoción de dientes impactado	

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
Lo que debe pagar al obtener estos servicios • Remoción de exostosis - Se considerará 1 por cuadrante cada 5 años. • Remoción Torus palatino - aplica 1 por arco maxilar cada 5 años. • Cierre de fistula oroantral • Incisión y drenaje de absceso de tejido blando intraoral – Uno (1) por cuadrante cada año. • Biopsia de tejido blando – Uno (1) por lesión • Escisión tejido peri-coronal • Frenectomías - 1 por arco por vida. • Tratamiento Paliativo para el dolor dental y procedimientos menores en (emergencia)- 1 cada 6 meses. • Servicio de sedación intravenosa consciente ○ Por condición médica, impedimento o incapacidad (física o mental) que imposibilite completar el tratamiento tradicional indicado en los procedimientos dentales ○ Luego de un trauma dental extenso y severo donde el uso de anestesia local comprometería la calidad de los servicios o sería inefectiva para manejar el dolor y aprehensión. <u>Servicios Generales:</u> • Aplicación de medicamento desensibilizante – Una (1) cada 6 meses. • Tratamiento para complicación (postquirúrgica) • Aparato de protección oclusal (night guard) – 1 cada 3 años.	

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
<u>Criterios de Cubierta:</u> <u>Algunos servicios pueden requerir pre-autorización la cual puede incluir un informe realizado por su médico dentista, copia de radiografías o información clínica pertinente.</u> Estos beneficios no están diseñados para dictaminar cuidado dental; el proveedor dental y el paciente determinarán el plan de tratamiento según la necesidad médica. Los servicios y procedimientos dentales descritos estarán cubiertos cuando sea medicamente necesario, el tratamiento es específico para el diagnóstico confirmado de la enfermedad o lesión a tratar y no excede las necesidades del beneficiario. La cubierta está sujeta al límite máximo anual establecido, limitación de frecuencia, copagos, pre-autorizaciones y reportes. Los servicios dentales cubiertos excluyen cualquier procedimiento quirúrgico con fines cosméticos. Reembolsos por servicios brindados por proveedores fuera de la red en Puerto Rico o los Estados Unidos estarán sujetos a que el servicio forme parte de su plan, el afiliado será responsable de los copagos o coaseguros (que pudieran ser mayores si visita un proveedor fuera de la red). La tarifa a pagar por los servicios provistos fuera de la red será la tarifa establecida por Triple-S Advantage, Inc. para ese procedimiento y no necesariamente la tarifa presentada por el proveedor que brindó el servicio. Importante: Antes de realizarse cualquier servicio comprensivo dental verifique el <i>balance</i> disponible de su beneficio dental, si el procedimiento requiere <i>reporte</i> de parte de su	

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar al obtener estos servicios	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
Dentista y si el procedimiento requiere <i>pre-autorización</i> del plan. Si usted o su dentista tiene preguntas sobre estos servicios, pueden comunicarse con nuestro Departamento de Servicio al Afiliado para solicitar información sobre su cubierta antes de recibir el servicio. El afiliado es responsable del costo total de los servicios dentales que no estén cubiertos por nuestro plan, porque excedió el límite o frecuencia cubierto y/o no fueron autorizados.		
 Evaluación para la detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de cuidado primario que pueda proporcionar referidos y/o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la visita anual de detección de depresión.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la visita anual de detección de depresión. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
 Prueba diagnóstica de diabetes Cubrimos esta prueba (incluyendo pruebas de glucosa en ayuna) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden ser cubiertas si usted cumple con otros requisitos, como estar sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para las pruebas diagnósticas de diabetes cubiertas por Medicare.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para las pruebas diagnósticas de diabetes cubiertas por Medicare. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
Según los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de diabetes cada 12 meses.	
 Adiestramiento para el automanejo de la diabetes, servicios y suplidos para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (usuarios o no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suplidos para monitorear la glucosa en la sangre: monitor de glucosa en la sangre, tirillas para prueba de glucosa en la sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud de las tirillas y de los monitores. • Para las personas diabéticas con enfermedad severa de pie diabético: un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida por año calendario (incluyendo las plantillas ortopédicas para estos zapatos) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (excluyendo las plantillas ortopédicas removibles que no están hechas a la medida). La cubierta incluye ajuste. • El adiestramiento para lograr un automanejo de la diabetes está cubierto siempre que se cumpla con ciertos requisitos. Óptimo Xtra también cubre consultas para adiestramiento para el automanejo de diabetes como un servicio de Telemedicina Adicional. Por favor, vea el beneficio de <i>Servicios de médicos/practicantes, incluyendo las visitas al consultorio del médico</i> para detalles en los servicios de Telemedicina Adicional.	0% coaseguro, incluyendo los servicios de Telemedicina Adicional. 20% coaseguro por servicios y suplidos de diabetes cubiertos por Medicare. 0% coaseguro por el adiestramiento para el automanejo de la diabetes cubierto por Medicare. Servicios de Telemedicina Adicional no están cubiertos fuera de la red. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
Servicios de Telemedicina Adicional no están cubiertos fuera de la red.	
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suplidos relacionados (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de “equipo médico duradero” al igual que en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suplidos para la diabetes, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro suplidor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, usted puede solicitar que realicen un pedido especial para usted. La lista más reciente de suplidores está disponible en nuestra página web www.sssadvantage.com. Algunos equipos y suplidos médicos pueden requerir pre-autorización.	10% coaseguro Su costo compartido para la cubierta de equipos de oxígeno de Medicare es del 10% de coaseguro, cada mes. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en Óptimo Xtra había realizado 36 meses de pago de alquiler para la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en Óptimo Xtra es del 10% de coaseguro 30% coaseguro Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
Cuidado de emergencia El cuidado de emergencia se refiere a los servicios que son: • Proporcionados por un proveedor cualificado para ofrecer servicios de emergencia. • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.	\$50 copago por cada visita a la sala de emergencia. Si usted es admitido al hospital durante las próximas 24 \$50 copago por cada visita a la sala de emergencia. Si usted es admitido al hospital durante las próximas 24

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar al obtener estos servicios	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento promedio de la salud y la medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar la pérdida de vida, (y, para mujeres embarazadas, la pérdida del bebé no nacido), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que empeora rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red. Servicios en Estados Unidos pueden también estar disponibles a través de reembolso de acuerdo a las tarifas de Medicare y la localidad donde los servicios fueron provistos.	horas por la misma condición que fue evaluado en la sala de emergencia usted paga \$0 copago por sala de emergencia.	horas por la misma condición que fue evaluado en la sala de emergencia usted paga \$0 copago por sala de emergencia. Si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado hospitalario después que se estabilice su condición de emergencia, se debe mover a un hospital de la red con el fin de pagar la cantidad de costo compartido dentro de la red por la parte de su estadía después de estar estabilizado. Si se queda en el hospital fuera de la red, su estadía será cubierta, pero tendrá que pagar la cantidad de costo compartido fuera de la red por la parte de su estadía después de ser estabilizado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
Cubierta Mundial Cubrimos las visitas de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios como un beneficio suplementario. Los servicios están cubiertos por reembolso de acuerdo con las tarifas de Triple-S Advantage, Inc. Límite máximo de cubierta de hasta \$75.00 por costos incurridos por servicios de cuidado de emergencia/urgencia.	\$0 copago \$0 copago por cubierta de emergencia mundial.
 Programas educativos sobre salud y bienestar Membresía a un de Club de Salud/Clases de Ejercicios – Este programa permite a los afiliados asistir a clases de ejercicio y/o gimnasios para beneficiar su estilo de vida y mejorar su bienestar. Este servicio lo obtiene el afiliado sin referido o autorización. El afiliado debe proveer una factura original o recibo para propósitos de reembolso. Este beneficio está limitado a \$25.00 por mes en cualquier localización escogida por el afiliado. Este beneficio no es acumulativo de mes a mes. Manejo de condiciones - Este programa brinda manejo clínico a la población identificada con condiciones crónicas y casos complejos para condiciones tales como (pero no limitadas a): Hipertensión, diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva y COPD, a través de manejadores de caso calificados con conocimiento sobre enfermedades y condiciones complejas. Este programa proporciona intervenciones individualizadas, evaluaciones específicas, coordinación y planificación de cuidado, monitoreo y seguimiento para que las personas reduzcan los riesgos de salud y mejoren su calidad de cuidado. Proporciona un enfoque de gestión del	\$0 copago 0% coaseguro Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar al obtener estos servicios	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
cuidado centrado en los afiliados que maximice e integre las brechas de cuidado preventivo, la educación en salud, las comorbilidades y apoyo de salud conductual (behavioral). Teleconsulta – Línea de enfermería para consultas de salud, disponible las 24 horas, 7 días de la semana. Si usted está enfermo, herido o necesita asesoría relacionada a la salud, profesionales de enfermería le ofrecen orientación para ayudarlo a decidir si usted debe realizar una cita con su médico, visitar una sala de emergencias, o le ofrecerán instrucciones de cuidado personal para ayudarlo a aliviar sus síntomas de manera segura, en la comodidad de su hogar. Los afiliados pueden llamar al 1-800-255-4375. Teleconsejo (Línea de apoyo emocional) – Acceso a orientación las 24 horas, 7 días de la semana a través de consejeros adiestrados para proveer apoyo emocional, tales como ansiedad, crisis emocional, depresión, eventos de la vida como pérdida de familiares o amigos, dificultades económicas o problemas financieros. Evaluación de necesidades de salud en condiciones mentales y apoyo para coordinar servicios o localizar servicios comunitarios disponibles. Los afiliados pueden llamar al 1-877-879-5964.		
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico de audición y de equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como cuidado ambulatorio cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor cualificado.	\$0 copago por examen de audición cubierto por Medicare. \$0 copago por examen de audición de rutina y	20% coaseguro por examen de audición cubierto por Medicare. 20% coaseguro por examen de audición de rutina y

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar al obtener estos servicios	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
El plan cubre: - Hasta un (1) examen auditivo de rutina cada año. - Hasta una (1) evaluación/ajuste para aparatos auditivos cada año. - Hasta \$1,000 como límite máximo de beneficio cada año para aparatos auditivos para ambos oídos combinados. El límite de beneficio máximo se aplica para proveedores dentro y fuera de la red.	ajuste/evaluación para aparatos auditivos. \$0 copago por aparato auditivo.	ajuste/evaluación para aparatos auditivos. 0% coaseguro por aparato auditivo. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
 Prueba de detección del VIH Para personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: - Una prueba de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas, cubrimos: - Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para pruebas de detección del VIH preventivas cubiertas por Medicare.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para pruebas de detección del VIH preventivas cubiertas por Medicare. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
Agencia de cuidado de salud en el hogar Antes de recibir los servicios de salud en el hogar, un médico tiene que certificar que usted necesita servicios médicos en el hogar y solicitará que una agencia de cuidado de salud en el hogar le brinde estos servicios. Usted tiene que estar recluido en su hogar, lo que significa que salir de su hogar implica un gran esfuerzo.	\$0 copago	20% coaseguro Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar al obtener estos servicios	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un asistente para el cuidado de salud en el hogar en forma intermitente o a tiempo parcial (para estar cubierto bajo el beneficio de cuidado de salud en el hogar, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un asistente para el cuidado de salud en el hogar combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suplidos médicos Requiere pre-autorización.		
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo 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, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de cuidado	\$0 copago	20% coaseguro Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
• Capacitación y educación del paciente que de otra manera no está cubierto en el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar Requiere pre-autorización. Puede aplicarse el costo compartido por medicamentos recetados cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare. Refiérase a la línea <i>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</i> en este capítulo para conocer información sobre los costos compartidos para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare y al Capítulo 6 <i>Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D</i> para conocer información sobre los costos compartidos por medicamentos recetados de la Parte D.	
Cuidado de Hospicio Usted tiene derecho a recibir el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que usted es un enfermo terminal y que le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los que la organización MA posee, controla o tiene un interés financiero. Su	\$0 copago por visita de evaluación para hospicio. Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar al obtener estos servicios	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Cuidados de relevo a corto plazo • Atención domiciliaria Cuando se le ingresa en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; si decide permanecer en él, debe seguir pagando las primas del plan. <u>Para los servicios de cuidados paliativos y para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Medicare Original (y no nuestro plan) 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 diagnóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original paga. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original. Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico terminal: si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia, que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (como por ejemplo, si existe el requisito de obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan	pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por Óptimo Xtra	

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
para obtener el servicio, sólo pagará el importe del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido del plan por los servicios fuera de la red <u>Para los servicios que están cubiertos por Óptimo Xtra pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Óptimo Xtra continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el costo compartido de su plan por estos servicios.</u> <u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su diagnóstico terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su diagnóstico terminal, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Para más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (Qué hacer si está en un hospicio certificado por Medicare).</u> Nota: Si necesita cuidados que no sean de hospicio (cuidados que no estén relacionados con su pronóstico terminal), debe ponerse en contacto con nosotros para organizar los servicios. Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (sólo una vez) para un enfermo terminal que no haya elegido la prestación de hospicio.	

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar al obtener estos servicios	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
 Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la influenza, una cada temporada de influenza en el otoño y el invierno, y vacunas contra la influenza adicionales si son médicamente necesarias • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra el COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cubierta de la Parte B de Medicare También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cubierta de medicamentos recetados de la Parte D.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza, hepatitis B y el COVID-19.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza, hepatitis B y el COVID-19. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
Cuidado para pacientes hospitalizados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes hospitalizados. Este cuidado para pacientes hospitalizados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden médica. El día antes de que sea dado de alta es su último día como paciente hospitalizado. El plan cubre días adicionales a los que cubre Medicare Original. Salvo en caso de una emergencia, el médico debe informar al plan que usted va a ser admitido en el hospital. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:	\$0 copago por admisión. Si obtiene cuidado hospitalario autorizado en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se estabiliza, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.	20% coaseguro por admisión. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios radiológicos • Suplidos médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes hospitalizados • Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltivisceral. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de cuidado de la comunidad, usted puede elegir un lugar local, siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare	

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
Original. Si Óptimo Xtra brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de cuidado para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: Se incluye almacenamiento y administración. La cubierta de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos y todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos Nota: Para ser paciente hospitalizado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para admitirlo formalmente como paciente hospitalizado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, hable con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!”. La hoja informativa se encuentra disponible en la página web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitamente, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
Cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Un límite de 190 días en un hospital psiquiátrico de por vida. El límite de 190 días no aplica a servicios de salud mental provistos en una unidad psiquiátrica de un hospital general.	Lo que debe pagar al obtener estos servicios \$25 copago por admisión. 20% coaseguro por admisión. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
 Terapia nutricional médica Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no están bajo tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una orden del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de consejería individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia nutricional médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año, después de este. Si su condición médica, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico tiene que recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si el tratamiento es necesario en el siguiente año calendario.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare. No se requiere coaseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés) Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP. No se requiere coaseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP. Los servicios están disponibles a través

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar al obtener estos servicios	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que proporciona capacitación práctica sobre cambios en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos con tal de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.		de reembolso al afiliado.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los afiliados de nuestro plan reciben la cubierta de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que, generalmente, no son autoadministrados por el paciente y que se aplican por medio de una inyección o infusión mientras usted recibe los servicios de un médico, en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico ambulatorio • Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) que son autorizados por el plan • Factores de coagulación que usted se aplica mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órganos • Medicamentos inyectables para la osteoporosis en caso de que no pueda salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento	0% coaseguro aplica para medicamentos de terapias respiratorias bajo la Parte B. 10% coaseguro por medicamentos de quimioterapia bajo la Parte B. 10% coaseguro por otros medicamentos recetados bajo la Parte B.	20% coaseguro aplica para medicamentos de terapias respiratorias bajo la Parte B. 20% coaseguro por medicamentos de quimioterapia bajo la Parte B. 20% coaseguro por otros medicamentos recetados bajo la Parte B. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
Lo que debe pagar al obtener estos servicios • Antígenos • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluyendo heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento a domicilio de inmunodeficiencia primaria El siguiente enlace le llevará a un listado de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a Terapia Escalonada: www.sssadvantage.com. También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos recetados de la Parte D e indica las reglas para que sus recetas sean cubiertas. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6. Algunos servicios pueden requerir pre-autorización. Terapia Escalonada puede aplicar para: Parte B a Parte B, Parte B a Parte D, Parte D a Parte B.	

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar al obtener estos servicios	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
Beneficio Nutricional / Dietético Como beneficio suplementario, Óptimo Xtra cubre hasta un máximo de Doce (12) visitas individuales al año a una nutricionista para servicios de consejería y educación general no cubiertos por Medicare. El límite de beneficio máximo se aplica para proveedores dentro y fuera de la red.	\$0 copago	0% coaseguro Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
 Prueba de detección de obesidad y tratamiento para promover la pérdida sostenida de peso Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos consejería intensiva para ayudarle a perder peso. Este servicio de consejería está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de cuidado primario, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Para obtener más información, hable con su especialista o médico de cuidado primario.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección y de prevención de obesidad.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección y de prevención de obesidad. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
Programa de servicios de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con desórdenes por uso de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir cubierta de servicios para tratar OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP, por sus siglas en inglés) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos para opioides agonistas y antagonistas aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) y los	\$0 copago	20% coaseguro Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
medicamentos de tratamiento asistido (MAT, por sus siglas en inglés) • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si aplica) • Consejería sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicología • Actividades de consumo • Asesoramientos periódicos	
Pruebas diagnósticas, servicios terapéuticos y suplidos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: Rayos X Tratamiento de radiación (radio e isótopos), incluyendo materiales y suplidos técnicos Suplidos quirúrgicos como vendajes Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones Pruebas de laboratorio Sangre: Se incluye almacenamiento y administración. La cubierta de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos y todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. Otras pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.	\$0 copago por servicios recibidos en clínicas SALUS. Otros proveedores están disponibles en nuestra red. 20% coaseguro por cada Prueba / Procedimiento Diagnóstico y servicio de Laboratorio. 0% coaseguro por cada Prueba / Procedimiento Diagnóstico y servicio de Laboratorio. 20% coaseguro por cada servicio de Radiología Diagnóstica. 10% coaseguro por cada servicio de Radiología Diagnóstica General (tales como ultrasonidos, mamografías, densitometría ósea). 20% por cada servicio de Radiología Terapéutica. 20% coaseguro por cada servicio de Rayos-X. Los servicios están disponibles a través

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar al obtener estos servicios	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
	\$25 por cada servicio de Radiología Diagnóstica Compleja (tales como CT, PET, MRI). 10% coaseguro por cada servicio de Radiología Terapéutica. 10% coaseguro por cada servicio de Rayos-X.	de reembolso al afiliado.
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios ambulatorios en el hospital para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando son proporcionados por la orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y por los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias. Nota: A menos que el proveedor emita una orden para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades del costo	\$35 copago por servicios de cuidado de observación cubierto por Medicare.	20% coaseguro por servicios de cuidado de observación cubierto por Medicare. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar al obtener estos servicios	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital de un día para el otro, puede ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si usted no está seguro si es un paciente ambulatorio, hable con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!”. La hoja de datos se encuentra disponible en la página web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitamente, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.		
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Cuidado de salud mental, incluyendo el cuidado en un programa de hospitalización	\$35 copago por servicios hospitalarios ambulatorios cubiertos por Medicare.	20% coaseguro por servicios hospitalarios ambulatorios cubiertos por Medicare. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
parcial, si un médico certifica que, si no se brinda, se requerirá la admisión al hospital como tratamiento • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suplidos médicos como férulas y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar Nota: A menos que el proveedor emita una orden para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, todavía puede ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si usted no está seguro de si es un paciente ambulatorio, hable con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!”. La hoja informativa se encuentra disponible en la página web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitamente, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.	
Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico certificado por el estado,	\$5 copago por sesión individual con un psiquiatra / psicólogo, 20% coaseguro por sesiones individuales o grupales con un

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermera especializada, enfermero practicante, asistente médico u otro profesional de cuidado de salud mental cualificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por las leyes estatales aplicables. Sesiones grupales e individuales cubiertas por Medicare: Óptimo Xtra también cubre consultas individuales con un psiquiatra o psicólogo como un servicio de Telemedicina Adicional. Por favor, vea el beneficio de <i>Servicios de médicos/practicantes, incluyendo las visitas al consultorio del médico</i> para detalles en los servicios de Telemedicina Adicional. Servicios de Telemedicina Adicional no están cubiertos fuera de la red.	psiquiatra / psicólogo. 20% coaseguro por servicios especializados de salud mental individual o grupal. Servicios de Telemedicina Adicional no están cubiertos fuera de la red. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se ofrecen en varias localidades ambulatorias como los departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).	25% coaseguro por visitas de terapia ocupacional. 25% coaseguro por visitas para terapia física o del habla-lenguaje. Los servicios están disponibles a través

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar al obtener estos servicios	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
Servicios brindados en CORF requieren pre-autorización. Estos servicios están sujetos a los topes establecidos por Medicare para servicios de rehabilitación ambulatorios. Solicite a su proveedor validar si el servicio que necesita está disponible antes de prestarlo.		de reembolso al afiliado.
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias El plan cubre sesiones grupales e individuales cubiertas por Medicare para servicios ambulatorios contra el abuso de sustancias.	\$5 copago por sesión.	20% coaseguro Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
Cirugía ambulatoria, incluyendo servicios brindados en facilidades ambulatorias del hospital y en centros de cirugía ambulatoria Nota: Si usted va a ser operado en un centro hospitalario, verifique con el proveedor si será hospitalizado o recibirá los servicios de manera ambulatoria. A menos que el proveedor escriba una orden para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades del costo compartido de cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente ambulatorio”. Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.	\$35 copago	20% coaseguro Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar al obtener estos servicios	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
Artículos fuera de recetario (OTC, por sus siglas en inglés) Máximo límite de beneficio de \$75 cada tres (3) meses. El plan pagará el artículo hasta el límite de cubierta trimestral. El afiliado deberá pagar la diferencia, si la hubiera, y los impuestos aplicables. Los importes deben utilizarse en su totalidad, ya que no se acumulan de un trimestre a otro. Los trimestres se manejan de acuerdo con los trimestres naturales que se describen a continuación: • 1 de enero al 31 de marzo, • 1 de abril al 30 de junio, • 1 de julio al 30 de septiembre y, • 1 de octubre al 31 de diciembre Algunas categorías cubiertas son: Analgésicos no narcóticos, agentes anorrectales, antidiarreicos, antieméticos, lágrimas artificiales y lubricantes oculares, medicamentos para la alergia, la tos y el resfriado, agentes dermatológicos, laxantes, minerales y electrolitos, multivitaminas, agente nasal, nutrientes (Omega 3 o aceite de pescado), agentes óticos, productos antitabaco, analgésicos urinarios, productos vaginales, vitaminas, pañales y compresas para adultos y monitor de presión arterial. El monitor de presión arterial está cubierto hasta un (1) cada 5 años.	\$0 copago	0% coaseguro Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
Servicios de hospitalización parcial La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, provisto como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario	\$0 copago	20% coaseguro Los servicios están disponibles a través

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar al obtener estos servicios	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
de salud mental, que es más intenso que el cuidado recibido en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.		de reembolso al afiliado.
Servicios de médicos/practicantes, incluyendo las visitas al consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de cuidado médico o quirúrgicos médicamente necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento ambulatorio de un hospital o cualquier otro lugar. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes de audición y de equilibrio realizados por su POC, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telemedicina incluyendo: ○ Consultas con su POC o Especialistas ○ Consultas para servicios de educación en condiciones del riñón ○ Consultas para el adiestramiento para el automanejo de diabetes ○ Consultas individuales con un Psiquiatra o Psicólogo ○ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o por telemedicina. Si elige obtener uno de estos servicios por telemedicina, debe utilizar un	\$0 copago por servicios recibidos en clínicas SALUS. Otros proveedores están disponibles en nuestra red. \$0 copago por visita a su médico de elección (POC), incluyendo servicios de Telemedicina Adicional. \$5 copago por visita al especialista, incluyendo servicios de Telemedicina Adicional. \$5 copago por cirugía o procedimiento en una oficina médica.	20% coaseguro por visitas a su médico de elección (POC). 20% coaseguro por visitas al especialista. 20% coaseguro por cirugía o procedimiento en una oficina médica. Servicios de Telemedicina Adicional no están cubiertos fuera de la red. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
proveedor de red que ofrezca el servicio por telemedicina. ○ Comuníquese con su médico para validar si ofrece los servicios de telemedicina adicional y le provea la información sobre el medio de contacto a utilizar. • Algunos servicios de telemedicina incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional, para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telemedicina para visitas mensuales relacionadas con ESRD para afiliados de diálisis en el hogar, en un hospital o centro de diálisis renal, en el hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del afiliado. • Servicios de telemedicina para diagnóstico, evaluación o tratamiento de síntomas de un accidente cerebrovascular agudo, sin importar su localización. • Servicios de telemedicina para afiliados con desorden por abuso de sustancias o desorden mental recurrente, sin importar su localización • Servicios de telemedicina para diagnóstico, evaluación y tratamiento de desórdenes de salud mental si: ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telemedicina ○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telemedicina	

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias ● Servicios de telemedicina para visitas de salud mental proporcionados por las Clínicas de Salud Rurales y los Centros de Salud Calificados Federalmente ● Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o video chat) con su médico durante 5-10 minutos si: ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ la consulta no está relacionada con una visita en los pasados 7 días al consultorio y ○ la consulta no conlleva a una visita al consultorio dentro de 24 horas o a una cita disponible próximamente ● Evaluación de videos y/o imágenes que usted le envíe a su médico y la interpretación y seguimiento de su doctor dentro de 24 horas si: ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ la consulta no está relacionada con una visita en los pasados 7 días al consultorio y ○ la consulta no conlleva a una visita al consultorio dentro de 24 horas o a una cita disponible próximamente ● Consulta de su médico con otros médicos por teléfono, internet o evaluación de registros de salud electrónicos. ● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. ● Cuidado dental no rutinario (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales,	

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar al obtener estos servicios	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radioterapia por una enfermedad cancerosa neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). Cirugías y procedimientos en la oficina de un médico pueden requerir pre-autorización. Servicios de Telemedicina Adicional no están cubiertos fuera de la red.		
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espuelón en el talón) • Cuidado rutinario de los pies para los afiliados que padecen determinadas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores • Cuidado adicional rutinario, hasta seis (6) vistas por año, incluyendo la visita inicial El límite de beneficio máximo se aplica para proveedores dentro y fuera de la red.	\$0 copago por servicios recibidos en clínicas SALUS. Otros proveedores están disponibles en nuestra red. \$5 copago por visita cubierta por Medicare. \$5 copago por visita de rutina para cuidado de los pies.	25% coaseguro por visitas cubiertas por Medicare. 25% coaseguro por visitas de rutina para cuidado de los pies. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
 Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Prueba del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés)	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA. Los servicios están disponibles a través

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
	de reembolso al afiliado.
Dispositivos prostéticos y suplidos relacionados Dispositivos (aunque no sean dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, pero no se limitan a: bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos prostéticos, extremidades artificiales, prótesis de seno (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suplidos relacionados con dispositivos prostéticos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cubierta después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, vea “Cuidado de la vista” más adelante en esta sección). Algunas prótesis y suplidos pueden requerir pre-autorización.	0% coaseguro por dispositivos aparatos ortopédicos y prótesis no implantadas quirúrgicamente. 10% coaseguro por prótesis implantadas quirúrgicamente, sistema urinario y dispositivos prostéticos neuroestimulador. 0% coaseguro por aparatos cardiovasculares. 10% coaseguro por suplidos médicos. 30% coaseguro por dispositivos aparatos ortopédicos y prótesis no implantadas quirúrgicamente. 30% coaseguro por prótesis implantadas quirúrgicamente, sistema urinario y dispositivos prostéticos neuroestimulador. 30% coaseguro por aparatos cardiovasculares. 30% coaseguro por suplidos médicos. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para afiliados que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica	\$0 copago 25% coaseguro Los servicios están disponibles a través

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar al obtener estos servicios	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
(COPD, por sus siglas en inglés) de moderada a grave y tienen una orden del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar. Requiere pre-autorización.		de reembolso al afiliado.
 Prueba de detección y consejería para reducir el abuso del alcohol Cubrimos una prueba de detección del abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluyendo para mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de consejería en persona por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante la consejería) brindadas por un médico o profesional de cuidado primario cualificado en un establecimiento de cuidado primario.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y consejería para reducir el abuso del alcohol cubierto por Medicare.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y consejería para reducir el abuso del alcohol cubierto por Medicare. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
 Prueba de detección de cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés) Para individuos cualificados, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés) cada 12 meses. Los afiliados elegibles son: personas entre los 50 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen un historial de consumo de tabaco de, al menos, 20 años y son fumadores actualmente o dejaron de fumar en los últimos 15 años y reciben una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico cualificado para realizarse una LDCT durante una	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la visita de orientación y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la visita de orientación y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT. Los servicios están disponibles a través

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
visita para orientación sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas visitas. <i>Para la prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial LDCT:</i> el afiliado debe recibir una orden por escrito para la prueba de detección de cáncer de pulmón LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico cualificado durante cualquier visita apropiada. Si un médico o profesional no médico cualificado elige realizar una visita de orientación y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón LDCT posterior, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare.	de reembolso al afiliado.
 Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) y consejería para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) para detectar la clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en mayor riesgo de infecciones por STI cuando las ordena el proveedor de cuidado primario. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales de unos 20 a 30 minutos al año, que son en persona y de alta intensidad, de orientación sobre la conducta para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por STI. Solo cubriremos estas sesiones de orientación como un servicio preventivo si son brindadas por un	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para el beneficio de pruebas de detección de STI y orientación de prevención de STI cubiertas por Medicare. No se requiere coaseguro, copago ni deducible para el beneficio de pruebas de detección de STI y orientación de prevención de STI cubiertas por Medicare. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
proveedor de cuidado primario y se realizan en un establecimiento de cuidado primario, como en una oficina médica.	
Servicios para el tratamiento de enfermedades y condiciones del riñón Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre las enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los afiliados a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los afiliados con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3), o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o esté inaccesible temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted es admitido al hospital para recibir cuidado especial) • Adiestramiento para autodiálisis (incluye su adiestramiento y el de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar) • Equipos y suplidos para autodiálisis en su hogar • Determinados servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores adiestrados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar	\$0 copago para servicios educativos sobre las enfermedades del riñón, incluyendo servicios de Telemedicina Adicional. 20% coaseguro para servicios de diálisis. \$0 copago para servicios educativos sobre las enfermedades del riñón. 20% coaseguro para servicios de diálisis. Servicios de Telemedicina Adicional no están cubiertos fuera de la red. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar al obtener estos servicios	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suplido de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cubierta para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cubierta de medicamentos de la Parte B, vea la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”. Óptimo Xtra also covers kidney disease education services as an Additional Telehealth service. Please, see the <i>Physician/Practitioner services, including doctor’s office visits</i> benefit for details on Additional Telehealth services. Servicios de Telemedicina Adicional no están cubiertos fuera de la red.		
Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de “cuidado en un centro de enfermería especializada”, que suele llamarse “SNF”, por “Skilled Nursing Facility”). Nuestro plan cubre hasta 100 días cada periodo de beneficio. No requiere estadía previa en el hospital. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla	\$0 copago	20% coaseguro Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
Lo que debe pagar al obtener estos servicios • Medicamentos administrados como parte de su plan de cuidado (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre) • Sangre: Se incluye almacenamiento y administración. La cubierta de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos y todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suplidos médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF • Pruebas de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Rayos X y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios de médicos o terapeutas Generalmente, el cuidado en los SNF lo obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se describen más adelante, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta las cantidades de pago de nuestro plan. • Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro de cuidado continuo donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted deja el hospital Requiere pre-autorización.	

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar al obtener estos servicios	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (consejería para dejar de fumar o consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos intentos de orientación para suspender el uso del tabaco dentro de un periodo de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas en persona. <u>Si consume tabaco y ha sido diagnosticado con una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de consejería para suspender el hábito. Cubrimos dos intentos de orientación para dejarlo, dentro de un periodo de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas en persona.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
Terapia de ejercicio supervisado (SET, por sus siglas en inglés) La terapia de ejercicio supervisado (SET, por sus siglas en inglés) está cubierta para aquellos afiliados que sufren de enfermedad arterial periférica sintomática (PAD, por sus siglas en inglés) y que cuentan con referido del médico responsable del tratamiento de esta enfermedad. Se cubren hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que comprendan un programa de entrenamiento y ejercicios terapéuticos para el	\$0 copago	25% coaseguro Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
tratamiento de PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Ser brindado por el personal auxiliar cualificado necesario para garantizar que los beneficios superen los riesgos, y que está adiestrado en la terapia de ejercicios para el tratamiento de PAD. • Brindarse bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero autorizado o especialista en enfermería clínica, quien debe estar capacitado en las técnicas de soporte vital tanto básicas como avanzadas. Después de las primeras 36 sesiones en un periodo de 12 semanas, es posible que se cubran 36 sesiones más de SET durante un periodo extendido, siempre que el proveedor de cuidado médico considere que es médicamente necesario. Requiere pre-autorización.	
Transportación Cubrimos 24 viajes (una sola dirección) por año para citas médicas en cualquier facilidad médica y recogido de medicamentos recetados en farmacias. El método de transporte incluye, pero no se limita a taxis, autobuses, van u otros medios de transporte disponibles, como automóviles a través de un proveedor contratado. El límite de beneficio máximo se aplica para proveedores dentro y fuera de la red.	\$0 copago 0% coaseguro Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
Cuidado de urgencia Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero dadas las circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener los servicios de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son: i) usted necesita atención inmediata durante el fin de semana, o ii) se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios. Los costos compartidos para los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red. Los servicios en los Estados Unidos son mediante reembolso en acuerdo a las tarifas de Medicare y la localidad donde los servicios fueron recibidos.	\$0 copago por visita. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.
Cubierta Mundial Cubrimos las visitas de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios como un beneficio suplementario. Los servicios están cubiertos por reembolso de acuerdo con las tarifas de Triple-S Advantage, Inc. Límite máximo de cubierta de hasta \$75.00 por costos incurridos por servicios de cuidado de emergencia/urgencia.	\$0 copago por cubierta de urgencia mundial.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
 Cuidado de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluyendo el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes oculares de rutina (refracciones del ojo) para espejuelos o lentes de contacto. • Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, cubriremos la prueba de detección de glaucoma cada año. Personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con historial familiar de glaucoma, personas con diabetes y personas afroamericanas que tienen 50 años o más e Hispanoamericanos que tienen 65 años o más. • Para personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez por año. • Un par de espejuelos o lentes de contacto luego de cada cirugía de catarata que incluya la inserción de un lente intraocular. (Si usted tiene dos operaciones de cataratas por separado, no se puede reservar el beneficio de la primera cirugía y comprar dos espejuelos después de la segunda cirugía). <u>Examen de la vista:</u> Un examen ocular rutinario y un análisis de los ojos para determinar problemas de visión o cualquier anormalidad relacionada; consulta y prescripción de espejuelos, si es necesario. La	\$0 copago por examen de la vista cubierto por Medicare. \$0 copago por examen de la vista rutinario. \$0 copago por espejuelos o lentes de contacto. 20% coaseguro por exámenes de la vista cubiertos por Medicare. 20% coaseguro por examen de la vista rutinario. 0% coaseguro por espejuelos o lentes de contacto. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted tiene que pagar cuando recibe estos servicios cubiertos fuera de la red
cubierta incluye un (1) examen de este tipo cada año. <u>Espejuelos o lentes de contacto recetados:</u> Hasta un máximo de \$400 cada año para espejuelos (montura y lentes) o lentes de contacto. Usted es responsable del saldo que exceda el monto del beneficio estipulado en su cubierta. El límite de beneficio máximo se aplica para proveedores dentro y fuera de la red.	
 Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la visita preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y consejería sobre los servicios preventivos que necesita, (incluyendo ciertas pruebas diagnósticas y vacunas) y referidos a otro tipo de cuidado si fuera necesario. Importante: cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, infórmele al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Los servicios están disponibles a través de reembolso al afiliado.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?
Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos” de la cubierta de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan. Si un servicio está “excluido”, significa que este plan no lo cubre.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

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

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se enumeran en la siguiente tabla, excepto en los casos específicos mencionados a continuación. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará.

La única excepción es que pagaremos si un servicio de la tabla a continuación se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión tomada por nosotros de no cubrir un servicio médico, vea la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Acupuntura		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos		- Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una extremidad deformada. - Se cubren todas las etapas de reconstrucción de un seno luego de una mastectomía, así como también la del seno no afectado para producir una apariencia simétrica.
Cuidado de custodia El cuidado de custodia es aquel cuidado personal que no requiere el cuidado continuo de personal médico o paramédico adiestrado y es el cuidado que incluye, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	✓	

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos. Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro plan y Medicare Original que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		✓ Medicare Original puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, vea la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos cobrados por el cuidado por parte de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Cuidado de enfermería a tiempo completo en su hogar.	✓	
Entrega de comidas al hogar.	✓	
Servicios domésticos que incluyen asistencia básica en el hogar, incluyendo tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	✓	
Servicios de un naturópata (que emplea tratamientos naturales o alternativos).		✓ Servicios de terapia alternativa están sujetos a los mencionados en la Tabla de Beneficios y tiene un límite máximo combinado.
Cuidado dental no rutinario		Cuidado dental requerido para tratar enfermedad o lesiones puede estar cubierto como cuidado hospitalario o ambulatorio.

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		Zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte de pierna Zapatos ortopédicos o terapéuticos que sean para una persona con enfermedad de pie diabético
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisor.	✓	
Habitación privada en el hospital.		Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suplidos anticonceptivos no recetados.	✓	
Cuidado quiropráctico de rutina.		Se cubre manipulación de la espina dorsal para corregir subluxación.
Cuidado rutinario dental, como limpiezas, rellenos o dentaduras.		✓
Exámenes de la vista rutinarios, espejuelos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.		✓ Se cubre examen de los ojos y un par de espejuelos (o lentes de contacto) para personas, luego de una cirugía de cataratas.
Cuidado rutinario del pie		✓ Alguna cubierta limitada provista de acuerdo a las guías de Medicare (ej. Si tiene diabetes).

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Examen de audición de rutina, aparatos auditivos, o exámenes para ajuste de aparatos auditivos.		✓
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las reglas de Medicare Original.	✓	

CAPÍTULO 5:

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

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cubierta del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 1 Introducción**

Este capítulo explica las reglas para el uso de su cubierta para los medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Sección 1.1 Este capítulo describe su cubierta de medicamentos de la Parte D

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos mientras siga las siguientes reglas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro prescriptor) que le escriba una receta que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- Su prescriptor no debe figurar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, usted debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos recetados. (Vea la Sección 2, *Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan (para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”). (Vea la Sección 3, *Sus medicamentos tienen que estar en la “Lista de Medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso aprobado del medicamento, bien sea por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, vea la Sección 3).

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan**Sección 2.1 Use una farmacia de la red**

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si son despachadas por las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubrimos recetas despachadas por farmacias fuera de la red, vea la Sección 2.5).

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

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

Para encontrar una farmacia de la red, usted puede buscar en el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestra página web (www.sssadvantage.com) o llamar a Servicios al Afiliado.

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Algunas de nuestras farmacias de la red ofrecen un costo compartido preferido, que puede ser menor que el costo compartido en una farmacia que ofrece un costo compartido estándar. *El Directorio de Proveedores y Farmacias* le indicará cuáles son las farmacias de la red que ofrecen un costo compartido preferente. Póngase en contacto con nosotros para saber cómo pueden variar sus gastos de bolsillo para los distintos medicamentos.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado usando abandona la red?

Si la farmacia que ha estado usando deja de formar parte de la red del plan, usted deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. O si la farmacia que estaba usando permanece en la red, pero ya no ofrece un costo compartido preferido, usted puede cambiar a una nueva farmacia. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios al Afiliado o buscar en el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. También puede encontrar información en nuestra página web www.sssadvantage.com.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas deben despacharse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que proveen medicamentos para terapias de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC por sus siglas en inglés). Normalmente, un centro de LTC (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con el Servicios al Afiliado.
- Farmacias que brindan servicios al Programa de Servicios de Salud para Poblaciones Indígenas (IHS, por sus siglas en inglés) / Programa de Salud Tribal / para la Población Indígena Urbana (no disponibles en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de nuestra red.
- Farmacias que despachen medicamentos restringidos por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación con proveedores o educación sobre su uso. (**Nota:** es muy raro que se presente esta situación).

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cubierta del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Para encontrar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de Proveedores y Farmacias* o llame a Servicios al Afiliado.

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

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de envío por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de envío por correo son medicamentos que toma regularmente para una condición médica crónica o de cuidado prolongado. Los medicamentos disponibles a través del servicio de envío por correo de nuestro plan están marcados como **“MO”** en nuestra Lista de Medicamentos.

El servicio de envío por correo del plan requiere que solicite **un suplido de 90 días**.

Para obtener formularios de órdenes de envío e información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados por correo, o visite nuestra página web www.sssadvantage.com.

Por lo general, la orden de la farmacia por correo le llegará en no más de 14 días. Si se demora, usted puede contactar nuestros servicios de medicamentos por correo, Alliance Rx Walgreens Home Delivery, a través de llamada telefónica al 1-800-778-5427; TTY: 1-877-220-6173 (Línea en inglés: 1-800-345-1985; TTY: 1-800-925-0178) o visitando la página de internet www.alliancerxwp.com/home-delivery.

Para surtir su receta, usted debe:

1. Regístrese en www.alliancerxwp.com/home-delivery;
 - Utilice el Regístrese ahora y siga las instrucciones.
2. O llame libre de costo al 1-800-778-5427; TTY: 1-877-220-6173. Este servicio está disponible las 24 horas del día, 7 días en semana; (Línea en inglés: 1-800-345-1985; TTY: 1-800-925-0178).
3. O complete su hoja de registro y envíela por correo con su receta original a la siguiente dirección postal:

Alliance Walgreens Prime
P.O. Box 29061
Phoenix, AZ 85038-9061

El afiliado debe de notificarle al plan de algún retraso y solicite un despacho en una farmacia al detal. El plan puede cancelar el despacho original para permitir el despacho. Sin embargo, si la receta es despachada en una farmacia al detal, le aplicara el copago o coaseguro correspondiente.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente de la oficina de su médico.

La farmacia automáticamente despachará y enviará las recetas nuevas que reciba de los proveedores de cuidado médico, sin verificar con usted primero, si:

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cubierta del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Utilizó los servicios de envío por correo con este plan en el pasado; o
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de cuidado médico. Usted puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento llamando a Alliance Rx Walgreens Home Delivery al 1-800-778-5427; TTY: 1-877-220-6173, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (Línea en inglés: 1-800-345-1985; TTY: 1-800-925-0178).

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

Si usted utilizó el envío por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nueva, comuníquese con nosotros llamando a Alliance Rx Walgreens Home Delivery al 1-800-778-5427; TTY: 1-877-220-6173, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (Línea en inglés: 1-800-345-1985; TTY: 1-800-925-0178).

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo y/o decide cancelar el despacho automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de cuidado médico para ver si desea que el medicamento sea despachado y enviado inmediatamente. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.

Para cancelar su inscripción en los envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente de la oficina del proveedor de cuidado médico, comuníquese con nosotros llamando a Alliance Rx Walgreens Home Delivery al 1-800-778-5427; TTY: 1-877-220-6173, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (Línea en inglés: 1-800-345-1985; TTY: 1-800-925-0178).

Repeticiones de recetas por correo. Para repeticiones de sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de repetición automática. Bajo este programa, comenzaremos a procesar su siguiente repetición automáticamente cuando nuestros archivos muestren que debe estar por quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada repetición para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar las repeticiones si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de repetición automática, pero quiere que la farmacia de ordenes por correo le envíe su prescripción, por favor contacte a su farmacia 15 días antes de que su prescripción actual se acabe. Así se asegurará de que su pedido se envíe a tiempo.

Para salirse de nuestro programa que automáticamente prepara repeticiones de órdenes por correo, comuníquese con nosotros llamando a Alliance Rx Walgreens Home Delivery al 1-800-345-1985; TTY: 1-877-220-6173, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (Línea en inglés: 1-800-345-1985; TTY: 1-800-925-0178).

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cubierta del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Si usted recibe un medicamento automáticamente que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de Medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una condición médica crónica o de cuidado prolongado).

1. Algunas farmacias al detal de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento (que ofrecen costo compartido preferido) a un costo compartido inferior. En el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, se enumeran las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al Afiliado para obtener más información.
2. Usted también puede recibir sus medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de entrega por correo. Para más información vea la Sección 2.3.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan?**Su receta podría estar cubierta en ciertas situaciones**

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red sólo cuando no puede utilizar una farmacia de la red. **Consulte primero con el Servicios al Afiliado** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Lo más probable es que tenga que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

A continuación, se incluyen las circunstancias en las que cubriríamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red si no puede usar una farmacia de la red:

- Mientras está viajando fuera del área de servicio del Plan (Estados Unidos) si se le termina su medicamento cubierto de la Parte D o si se enferma y necesita un medicamento cubierto de la Parte D y no puede acceder a una farmacia de la red.
- Usted no puede obtener un medicamento cubierto de la Parte D de manera rápida porque no hay una farmacia de la red dentro de una distancia razonable en automóvil.
- Cuando trata de obtener un medicamento (medicamento huérfano o especializado) y no está disponible en una farmacia al detal o en la farmacia de envío por correo de la red.
- Cuando se le provee un medicamento cubierto de la Parte D despachado en una farmacia de una institución que no es participante mientras usted se le da de alta de una sala de

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cubierta del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

emergencias, clínica de un proveedor, centro de cirugía ambulatoria u otro centro ambulatorio.

- Durante cualquier declaración federal de desastre u otra declaración de emergencia de salud pública en la que los afiliados a la Parte D sean evacuados o desplazados de su lugar de residencia y no se pueda esperar razonablemente que obtengan sus medicamentos cubiertos de la Parte D en una farmacia de la red. Además, en circunstancias en las que los canales de distribución normales no están disponibles, Óptimo Xtra facilitará el acceso a los medicamentos en farmacias fuera de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si tiene que usar una farmacia fuera de la red, usted deberá pagar el costo total (y no la parte de su costo compartido) cuando le despachen su receta. Usted puede pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

El plan tiene una “*Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de Cubierta*, la llamamos la “**Lista de Medicamentos**” para abreviar.

El plan, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de esta lista. La lista tiene que cumplir con los requisitos establecidos y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de Medicamentos son solo aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare.

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

- Aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).
- --o-- Sea apoyado por ciertas referencias, como el “*American Hospital Formulary*” “*Service Drug Information*” y el *DRUGDEX “Information System*”.

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

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cubierta del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los típicos (por ejemplo, los que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a "medicamentos", puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se llaman productos biológicos asimilables. Por lo general, los genéricos y biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento de marca o el producto biológico y suelen costar menos. Existen medicamentos genéricos sustitutivos o productos biológicos alternativos para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

Medicamentos fuera del recetario

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés). Algunos medicamentos fuera del recetario son menos costosos que los medicamentos recetados y son igual de eficaces. Para obtener más información, llame a Servicios al Afiliado.

¿Qué *no* se incluye en la Lista de Medicamentos?

El 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 sobre este tema, vea la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos. En algunos casos, puede obtener un medicamento que no está en la lista de medicamentos. Para más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2	Hay 6 “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos
--------------------	--

Todos los medicamentos de la Lista de Medicamentos del plan se encuentran en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será su costo por el medicamento:

- Nivel 1 de Costo Compartido incluye Medicamentos Genéricos Preferidos (nivel más bajo)
- Nivel 2 de Costo Compartido incluye Medicamentos Genéricos
- Nivel 3 de Costo Compartido incluye Medicamentos de Marca Preferida
- Nivel 4 de Costo Compartido incluye Medicamentos de Marca No Preferidos
- Nivel 5 de Costo Compartido incluye Medicamentos Especializados (nivel más alto)

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cubierta del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Nivel 6 de Costo Compartido incluye Medicamentos de Cuidados Selectos (incluye medicamentos genéricos de adherencia para las condiciones de Hipertensión e Hipercolesterolemia y medicamentos de marca y genéricos de adherencia para Diabetes e insulinas)

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, vea la Lista de Medicamentos del plan.

El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) indica la cantidad que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

Sección 3.3 ¿Cómo puede conocer si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos?

Hay 3 formas de conocerlo:

1. Verifique la Lista de Medicamentos más reciente que le proveemos por vía electrónica.
2. Visite la página web del plan (www.sssadvantage.com). La Lista de Medicamentos que aparece en la página web es siempre la más actualizada.
3. Llame a Servicios al Afiliado para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de Medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cubierta de algunos medicamentos**Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?**

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos ha elaborado estas normas para ayudarle a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la forma más efectiva. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o quiere tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien desde el punto de vista médico como un medicamento de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para fomentar que usted y su proveedor utilicen esa opción de menor costo.

Por favor, recuerde que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos con base en factores como la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de cuidado médico (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno por día versus dos por día; tableta versus líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las siguientes secciones le informan sobre los tipos de restricciones que utilizamos para determinados medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, esto usualmente significa que usted o su proveedor deberá tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Póngase en contacto con Servicios al Afiliado para saber qué debe hacer usted o su proveedor para obtener la cubierta del medicamento. Si desea que eliminemos dicha restricción, usted tendrá que usar el proceso de decisiones de cubierta para solicitarnos una excepción. Nosotros podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Vea el Capítulo 9).

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y usualmente es más económico. **Cuando esté disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica le ayudarán, entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo podría ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se llama “**pre-autorización**”. Esto se establece para garantizar la seguridad de la medicación y ayudar a orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito le incentiva a tratar de utilizar medicamentos menos costosos, pero igualmente efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica y el medicamento A es menos costoso, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama “**terapia escalonada**”.

Límites de cantidad

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

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted desearía?

Sección 5.1	Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted desearía
--------------------	--

Hay situaciones en las que hay un medicamento recetado que está tomando actualmente, o que usted y su proveedor consideran que debería estar tomando, que no esté en nuestro formulario o que esté en nuestro formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero aplican reglas o restricciones adicionales para la cubierta de ese medicamento, se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más alto del que cree que debería ser.
- Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, vea la Sección 5.2 para informarse sobre qué puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más alto del que cree que debería ser, vea la Sección 5.3 para informarse sobre qué puede hacer.

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

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

- Usted puede obtener un suplido provisional del medicamento.
- Usted puede cambiar a otro medicamento.
- Usted puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que elimine las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suplido provisional

En ciertas circunstancias, el plan puede proporcionarle un suplido provisional de un medicamento que ha estado tomando. Hacer esto le da tiempo para hablar con su proveedor acerca del cambio en la cubierta y decidir qué hacer.

Para poder recibir un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de Medicamentos del plan O tiene alguna restricción.**

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cubierta del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- **Si es un afiliado nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación al plan.
- **Si estuvo afiliado al plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año natural.
- Este suplido temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta es para menos días, permitiremos múltiples despachos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de suministro de medicamentos. La receta debe despacharse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en menores cantidades cada vez para evitar el desperdicio).
- **Para los que han sido afiliados del plan por más de 90 días y residen en un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y necesitan un suplido de inmediato:**

Cubriremos un suplido para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta es para menos días. Esto es además de la situación de suplido provisional anteriormente mencionada.
- **Cambios en el Nivel de Cuidado** – Incluye los siguientes cambios de un tratamiento a otro:
 - a. Afiliados que son dados de alta de un hospital a su hogar
 - b. Afiliados que son dados de alta de un Centro de Enfermería Diestra cubierta por la Parte A (incluye cargos por medicamentos) y vuelven a la cubierta de la Parte D
 - c. Afiliados que dejan su estatus de hospicio y vuelven a recibir benéficos de las Partes A y B de Medicare
 - d. Afiliados que terminan en un centro LTC y regresan a la comunidad
 - e. Afiliados que son dados de alta de un hospital psiquiátrico con medicamentos de regímenes que son altamente individualizados

Cubriremos un suplido de transición de un mes que será provisto a afiliados actuales con Cambios en el Nivel de Cuidado. Si tiene dudas acerca del suplido provisional, llame a Servicios al Afiliado.

Durante el tiempo en que reciba el suplido provisional de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suplido provisional. Usted tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para saber si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios al Afiliado para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción por usted y cubra el medicamento como usted desea. Si su proveedor indica que existen razones médicas que

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cubierta del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

justifican que se solicite una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede pedir al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de Medicamentos del plan. O puede pedir al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le explica qué hacer. También menciona los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurar que su solicitud se maneje de forma justa e inmediata.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?

Si considera que el nivel de costo compartido de su medicamento es muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que le podría funcionar igual de bien. Llame a Servicios al Afiliado y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 explica qué hacer. También menciona los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

Los medicamentos del Nivel 5: Medicamento Especializado no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos la cantidad de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1	La Lista de Medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año
--------------------	--

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

- **Añadir o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Añadir o quitar una restricción en la cubierta de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por uno genérico.**

Nosotros tenemos que cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos del plan.

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

Información sobre cambios en la cubierta de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos la información sobre estos cambios en nuestra página web. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea de forma regular. A continuación, le señalamos los momentos en los que recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios en su cubierta de medicamentos que le afectan durante el año actual del plan

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o añadimos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión aprobada del mismo medicamento genérico que aparezca en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo, y con las mismas restricciones o menos. Además, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo de inmediato a un nivel de costo compartido más alto o añadir nuevas restricciones o ambos.

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cubierta del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Podríamos no avisarle por adelantado antes de realizar ese cambio, incluso aunque esté actualmente tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realicemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que realizamos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Usted podría no recibir esta notificación antes de que realicemos el cambio.
 - Usted o el prescriptor puede solicitar que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para más información sobre cómo solicitar una excepción, vea el Capítulo 9.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, un medicamento se puede retirar del mercado repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o por alguna otra razón. Si esto ocurre, eliminaremos el medicamento de la Lista de Medicamentos de inmediato. Si está tomando ese medicamento, le informaremos inmediatamente sobre este cambio.
 - El prescriptor también tendrá conocimiento sobre este cambio y puede ayudarle a encontrar otro medicamento para su condición médica.
- **Otros cambios a los medicamentos de la Lista de Medicamentos**
 - Luego de que el año haya comenzado, podríamos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos añadir un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca, cambiar el nivel de costo compartido o añadir nuevas restricciones al medicamento de marca. También podemos realizar cambios basados en las advertencias de la FDA en los envases o nuevas guías clínicas reconocidas por Medicare.
 - Debemos avisarle con al menos 30 días de anticipación al cambio o darle una notificación del cambio y despacharle una repetición para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir la notificación del cambio, debe hablar con su proveedor para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para cumplir con las nuevas restricciones del medicamento que está tomando.
 - Usted o su prescriptor puede solicitar que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, vea el Capítulo 9.

Cambios a los medicamentos de la Lista de Medicamentos que no le afectarán durante el año:

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no están descritos anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente le afectarán a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el plan.

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cubierta del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

En general, los cambios que no le afectarán durante el año corriente son:

- Movemos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto
- Imponemos una nueva restricción al uso del medicamento
- Retiramos su medicamento de la Lista de Medicamentos

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que está tomando (pero no porque se retiró del mercado, se reemplazó un medicamento de marca por uno genérico u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, usted probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o restricciones añadidas a su uso del medicamento.

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

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos recetados están “excluidos”. Esto significa que ni Medicare paga por estos medicamentos.

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

A continuación, se presentan tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos recetados de Medicare no cubren bajo la Parte D:

- La cubierta de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir usos no aprobados. El “uso fuera de indicación” es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento según aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA).

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cubierta del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- La cubierta del “uso fuera de lo autorizado” solo se permite cuando ese uso esté sustentado por referencias como el *“American Hospital Formulary Service Drug Information”* y el DRUGDEX *“Information System”*.

Además, por ley, las categorías de medicamentos enumeradas a continuación no están cubiertas por Medicare. (Nuestro plan cubre algunos de los medicamentos indicados a continuación a través de nuestra cobertura de medicamentos mejorada, por la que se le puede cobrar una prima adicional. A continuación se ofrece más información).

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos fuera del recetario (OTC))
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para aliviar la tos o los síntomas de catarro
- Medicamentos para fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro.
- Medicamentos para el tratamiento de 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 cuyo fabricante busca exigir que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se compren exclusivamente al fabricante, como condición de venta.

Ofrecemos cubierta adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente el plan de medicamentos recetados de Medicare no cubre (cubierta para medicamentos mejorada). Esta cubierta de medicamentos mejorada incluye medicamentos recetados de disfunción eréctil. Los medicamentos de disfunción eréctil están limitados a seis (6) pastillas al mes de uno de los medicamentos descritos a continuación.

- Sildenafil Citrate (25, 50 y 100mg) – Nivel 2 (Medicamentos Genéricos)
- Tadalafil (10 y 20mg) – Nivel 2 (Medicamentos Genéricos)
- Viagra (25, 50 y 100mg) – Nivel 4 (Medicamentos de Marca No Preferida)
- Cialis (10 y 20mg) - Nivel 4 (Medicamentos de Marca No Preferida)

La cantidad que paga cuando le despachan una receta para estos medicamentos no se tiene en cuenta para cualificarlo para la Etapa de Cubierta Catastrófica. (En la Sección 7 del Capítulo 6 de este documento, se describe la Etapa de Cubierta Catastrófica).

Además, si está **recibiendo “Ayuda Adicional” de Medicare** para pagar sus medicamentos recetados, el programa “Ayuda Adicional” no pagará los medicamentos que generalmente no cubre. (Para obtener más información, vea la Lista de Medicamentos del plan o llame a Servicios al Afiliado. Los números de teléfono de Servicios al Afiliado aparecen impresos en la contraportada de este documento). Sin embargo, si tiene una cubierta para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos recetados

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cubierta del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cubierta de medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Despachar una receta

Sección 8.1 Proporcione sus datos de afiliación

Para que le despachen su receta, proporcione los datos de afiliación al plan, que se encuentran en su tarjeta de afiliación, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo del medicamento. Tendrá que pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene sus datos de afiliación a la mano?

Si usted no tiene sus datos de afiliación al momento de recoger su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **usted podría tener que pagar el costo total de la receta al recogerla.** (Entonces puede **pedirnos un reembolso por nuestra** parte del costo. Vea la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

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

Si es admitido a un hospital o a un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, nosotros generalmente cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante su estadía. Cuando salga del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras reglas de cubierta descritas en este Capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)?

Normalmente, un centro de cuidado a largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que provee medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo, usted puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cubierta del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Vea el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para conocer si la farmacia del centro de cuidado a largo plazo forma parte de nuestra red. Si esta no forma parte, o si usted necesita más información, comuníquese con Servicios al Afiliado. Si se encuentra en un centro de cuidado a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir rutinariamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias.

¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y es un afiliado nuevo del plan?

Vea la Sección 5.2 para información sobre cómo recibir un suplido temporero o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cubierta para medicamentos del plan grupal de un patrono o de jubilados?

Si tiene otra cubierta de medicamentos recetados a través de su patrono o de un plan grupal de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cubierta actual para medicamentos recetados junto con nuestro plan.

En general, si actualmente tiene empleo, la cubierta de medicamentos recetados que le brindemos será *secundaria* a la cubierta de su patrono o grupo de jubilados. Eso significa que su cubierta grupal pagaría primero.

Nota especial sobre la “cubierta acreditable”:

Cada año, su patrono o grupo de jubilados debe enviarle un aviso en el que se le informe si su cubierta de medicamentos recetados para el año calendario siguiente es “acreditable”.

Si la cubierta del plan grupal es “acreditable”, esto quiere decir que incluye una cubierta de medicamentos que se espera que pague, en promedio y como mínimo, lo mismo que la cubierta de medicamentos recetados estándar de Medicare.

Guarde estos avisos sobre la cubierta acreditable porque es posible que los necesite más adelante. Si se afilia a un plan de Medicare que incluye cubierta de medicamentos de la Parte D, usted podría necesitar estos avisos para demostrar que ha mantenido la cubierta acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cubierta acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su patrono o grupo de jubilados o del patrono o sindicato.

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados de hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su centro de cuidados de hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni con las afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación de la persona que le recetó el

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cubierta del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

medicamento o de su proveedor de cuidados de hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pida a su proveedor de cuidados de hospicio o a la persona que le recetó el medicamento que se lo notifique antes de que se le despache.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o sea dado de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos, según explicado en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o dada de alta.

SECCIÓN 10 Programas para la administración y el uso seguro de los medicamentos

Sección 10.1	Programas que ayudan a los afiliados a utilizar los medicamentos de forma segura
---------------------	---

Llevamos a cabo revisiones sobre el uso de los medicamentos para ayudar a que nuestros afiliados se aseguren de que estén recibiendo un cuidado seguro y apropiado.

Hacemos una revisión cada vez que se le despacha una receta. También revisamos nuestros archivos regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como:

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

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

Sección 10.2	Programa de Manejo de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para ayudar a los afiliados a usar los medicamentos opioides de manera segura
---------------------	---

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros afiliados usen de manera segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos que son mal utilizados con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, podemos hablar con sus

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cubierta del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con sus médicos y, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepinas recetadas no es seguro, podemos limitar la manera en que obtiene estos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir:

- Solicitarle que despache todas las recetas para sus medicamentos opioides o benzodiacepina en ciertas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiacepina recetados de ciertos médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepina que cubriremos para usted.

Si entendemos que una o más de estas limitaciones sobre cómo y cuánto de los medicamentos puede obtener, le enviaremos una carta por anticipado. La carta le explicará de las limitaciones que consideramos debemos aplicar en su caso. También tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar y sobre cualquier otra información que crea que es importante que sepamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la limitación, usted y su médico tienen derecho a solicitar una apelación. Si elige apelar, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, vea el Capítulo 9.

Usted no será colocado en nuestro DMP si tiene determinadas condiciones médicas, como dolencias relacionadas a cáncer activo o enfermedad de células falciformes, si recibe cuidado en un hospicio, paliativo o vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Sección 10.3	Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés) para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos
---------------------	---

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros afiliados con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros afiliados aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos afiliados que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas, tienen altos costos de medicamentos, o están en el programa DMP para ayudar a los afiliados usar opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede dialogar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos o

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cubierta del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y fuera del recetario. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación, que incluye un plan de acción que recomienda lo que puede hacer para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por que los está tomando. Además, los afiliados al programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos recetados que son catalogados como sustancias controladas.

Es recomendable programar una revisión de los medicamentos antes de su visita anual de bienestar para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado médico. También lleve su lista de medicamentos con usted (junto a su identificación, por ejemplo) si va al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el mismo y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, por favor, déjenos saber y le retiraremos del programa. Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicios al Afiliado.

CAPÍTULO 6:

*Lo que usted paga por sus
medicamentos recetados de la
Parte D*

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de Cubierta* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicar en su caso.**

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cubierta de medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, cuando usamos el término “medicamento” nos referimos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cubierta de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita conocer qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos recetados y cuáles son las reglas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Las Secciones de la 1 a la 4, del Capítulo 5 le explican las reglas.

Sección 1.2 Tipos de costos que podría pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Existen diferentes tipos de costos que puede pagar de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D. La cantidad que usted paga por un medicamento se llama “costo compartido” y hay tres formas de pago en las que le podemos solicitar que pague.

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

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

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus costos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un control de sus costos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en los costos que paga de su bolsillo

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de Cubierta Inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de unirse a nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si realiza estos pagos **usted mismo**, están incluidos en sus costos de bolsillo.
- Estos pagos también se incluyen si se realizan en su nombre por **ciertas otras personas u organizaciones**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por los programas de asistencia de medicamentos contra el SIDA.
- Algunos pagos realizados por el Programa de Descuento de Brecha de Cobertura de Medicare están incluidos. La cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca está incluida. Pero la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Pasando a la etapa de cubierta catastrófica:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) han gastado un total de \$7,400 en costos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de Brecha en la Cubierta a la Etapa de Cubierta Catastrófica.

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
- Drogas que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cubierta fuera de la red.
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cubierta de Medicare.

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Pagos que realiza por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos realizados por el plan para sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en la brecha de cubierta.
- Pagos que realizan los planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador, para sus medicamentos.
- Pagos para sus medicamentos que son realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como “TRICARE” y Asuntos del Veterano.
- Pagos para sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de recetas (por ejemplo, Compensación de Trabajadores).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus costos de bolsillo por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios al Afiliado.

¿Cómo puede tener control de su total de bolsillo?

- **Le ayudaremos.** El informe EOB de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus costos de bolsillo. Cuando esta cantidad alcance los \$7,400, este informe le dirá que ha dejado la Etapa de Brecha en la Cubierta y ha pasado a la Etapa de Cubierta Catastrófica.
- **Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 indica lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago por medicamentos para los afiliados de Óptimo Xtra?
--

Hay cuatro "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare bajo Óptimo Xtra. La cantidad que paga por un medicamento depende de la etapa en la que se encuentre al momento que se le despache o repita la receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones de la 4 a la 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa de Deducible Anual**Etapas 2: Etapa de Cubierta Inicial**

Etapas 3: Etapa de Brecha en la Cubierta**Etapas 4: Etapa de Cubierta Catastrófica**

Mensaje Importante Acerca de lo que Usted Pagará por Insulina – Usted no pagará más de \$0 en una farmacia al detal preferida o \$3 en una farmacia al detal estándar para el suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan sin importar la etapa de costo compartido en el que se encuentra.

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

Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (“Part D EOB”, por sus siglas en inglés)
--------------------	---

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que usted ha efectuado al obtener sus recetas o repeticiones en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos que registramos:

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

Si usted ha tenido una o más recetas despachadas a través de nuestro plan en el mes previo le estaremos enviando una *Explicación de Beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”) El EOB de la Parte D incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe contiene la información de pagos por las recetas que se le despacharon el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales del año desde el 1 de enero.** Esto se llama información “del año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información de precios de medicamentos.** Esta información mostrará aumentos porcentuales acumulativos para cada reclamo de medicamentos recetados.
- **Medicamentos alternos disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con un costo compartido más bajo para cada reclamo de recetas.

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

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

- **Presente su tarjeta de afiliado cada vez que obtenga el despacho de su receta.** Esto nos ayudará a asegurarnos de las recetas que está obteniendo y lo que está pagando, presente su tarjeta de afiliado del plan cada vez que se le despache una receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en que usted puede pagar el costo total de los medicamentos recetados. En esos casos no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, usted puede darnos copias de los recibos. A continuación, algunos ejemplos de cuando deberá darnos copias de los recibos de sus medicamentos:
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Servicios de Salud para Poblaciones Indígenas y la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que lleve un récord de estos pagos y nos lo envíe para que podamos dar seguimiento a sus costos.
- **Verifique el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”) por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Afiliado. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Óptimo Xtra

No hay deducible para Óptimo Xtra. Usted comienza en la Etapa de Cubierta Inicial cuando le despachan su primera receta del año. Vea la Sección 5 para obtener información sobre su cubierta en la Etapa de Cubierta Inicial.

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

Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde despacha la receta
--------------------	---

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

El plan tiene 6 niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de Medicamentos del plan se encuentran en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1 de Costo Compartido incluye Medicamentos Genéricos Preferidos (nivel más bajo)
- Nivel 2 de Costo Compartido incluye Medicamentos Genéricos
- Nivel 3 de Costo Compartido incluye Medicamentos de Marca Preferida
- Nivel 4 de Costo Compartido incluye Medicamentos de Marca No Preferida
- Nivel 5 de Costo Compartido incluye Medicamentos de Especialidad (nivel más alto)
- Nivel 6 de Costo Compartido incluye Medicamentos de Cuidados Selectos – Incluye medicamentos genéricos de adherencia para las condiciones de Hipertensión e Hipercolesterolemia y medicamentos de marca y genéricos de adherencia para Diabetes e insulinas

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, vea la Lista de Medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

Lo que usted paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento en:

- Una farmacia al detal de la red de nuestro plan

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Una farmacia al detal de la red que ofrece un costo compartido estándar. Los costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen un costo compartido preferido.
- Una farmacia al detal de la red que ofrece un costo compartido preferido.
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan. Cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red sólo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber cuándo cubriremos una receta despachada en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de envío por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y el despacho de sus recetas, vea el Capítulo 5 y el *Directorio de Proveedores y Farmacias* del plan.

Sección 5.2	Tabla que muestra sus costos por un suplido para <i>un mes</i> de un medicamento
--------------------	---

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

Como se muestra en la siguiente tabla, la cantidad del copago o coaseguro depende del nivel de costo compartido.

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

Nivel	Costo compartido al detal estándar (dentro de la red) (Suplido para hasta 30 días)	Costo compartido al detal preferido (dentro de la red) (Suplido para hasta 30 días)	Costo compartido de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (Suplido para hasta 30 días)	Costo compartido fuera de la red (La cubierta se limita a ciertas situaciones. Vea el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Suplido para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos Genéricos Preferidos)	\$5 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$5 copago
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos Genéricos)	\$8 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$8 copago
Nivel 3 de costo compartido	\$40 copago	\$15 copago	\$15 copago	\$40 copago

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Nivel	Costo compartido al detal estándar (dentro de la red) (Suplido para hasta 30 días)	Costo compartido al detal preferido (dentro de la red) (Suplido para hasta 30 días)	Costo compartido de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (Suplido para hasta 30 días)	Costo compartido fuera de la red (La cubierta se limita a ciertas situaciones. Vea el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Suplido para hasta 30 días)
(Medicamento de Marca Preferida)				
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de Marca No-Preferida)	\$55 copago	\$30 copago	\$30 copago	\$55 copago
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos Especializados)	33% coaseguro	33% coaseguro	33% coaseguro	33% coaseguro
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos de Cuidados Selectos)	\$3 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$3 copago

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

Por lo general, la cantidad que usted paga por medicamentos recetados cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que tenga un suministro de menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedir a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le despache, un suministro de menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de repetición de las distintas recetas.

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

- Si usted es responsable de pagar un coaseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Debido a que el coaseguro es basado en el costo total del medicamento, la cantidad que pagará será menor.

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, este se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba, en lugar del mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el “costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4	Tabla que muestra sus costos por un suplido a largo plazo de un medicamento para 90-días
--------------------	---

Para algunos medicamentos, puede obtener un suplido a largo plazo (también llamado “suplido extendido”) cuando le despachen su receta. Un suplido a largo plazo es para 90 días.

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

- En ocasiones, el medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad del copago que aparece en la tabla, usted pagará ese precio menor por el medicamento en lugar del copago.

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Nivel	Costo compartido al detal estándar (dentro de la red) (Suplido para 90 días)	Costo compartido al detal preferido (dentro de la red) (Suplido para 90 días)	Costo compartido de envío por correo (Suplido para 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos Genéricos Preferidos)	\$10 copago	\$0 copago	\$0 copago
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos Genéricos)	\$16 copago	\$0 copago	\$0 copago
Nivel 3 de costo compartido (Medicamento de Marca Preferida)	\$80 copago	\$30 copago	\$30 copago
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de Marca No-Preferida)	\$110 copago	\$60 copago	\$60 copago
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos Especializados)	33% coaseguro	33% coaseguro	33% coaseguro
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos de Cuidados Selectos)	\$6 copago	\$0 copago	\$0 copago

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cubierta Inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,660

Usted permanece en la Etapa de Cubierta Inicial hasta que la cantidad total correspondiente a los medicamentos recetados que le han despachado y repetido llegue al **límite de \$4,660 para la Etapa de Cubierta Inicial**.

Ofrecemos cubierta adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. Los pagos realizados por estos medicamentos no contarán para el límite de cobertura inicial ni para el total de costos de bolsillo.

El EOB de la Parte D que le enviamos le ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan, así como cualquier tercero, han pagado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de \$4,660 en un año.

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Le informaremos si alcanza esa cantidad. Si llega a esa cantidad, saldrá de la Etapa de Cubierta Inicial y pasará a la Etapa de Brecha en la Cubierta *O* la Cubierta Catastrófica. Vea en la Sección 1.3 cómo Medicare calcula los costos de pago de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de Brecha en la Cubierta

Cuando se encuentra en la etapa de brecha de cubierta, el Programa de Descuentos para la Brecha de Cubierta de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio acordado y una parte de la tarifa de despacho de los medicamentos de marca. Tanto la cantidad que usted paga como la cantidad descontada por el fabricante cuentan para sus costos de bolsillo como si los hubiera pagado usted y lo mueve a través de la brecha en la cubierta.

También recibe cierta cobertura para los medicamentos genéricos. Usted no pagará más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan pagará el resto. Sólo cuenta la cantidad que usted paga y le permite superar la brecha de cobertura.

Seguirá pagando estos costos hasta que sus costos de pago de su bolsillo anuales alcancen la cantidad máxima establecida por Medicare. Una vez que alcance esta cantidad (\$7,400), dejará la Etapa de Brecha de Cubierta y pasará a la Cubierta Catastrófica.

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta para sus costos de bolsillo (Sección 1.3).

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

La tabla a continuación le muestra lo que pagara durante la Etapa de Brecha en la Cubierta:

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

Nivel	Costo compartido al detal estándar (dentro de la red) (Suplido para hasta 30 días)	Costo compartido al detal preferido (dentro de la red) (Suplido para hasta 30 días)	Costo compartido de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (Suplido para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cubierta se limita a ciertas situaciones. Vea el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Suplido para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido <i>(Medicamentos Genéricos Preferidos)</i>	\$5 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$5 copago
Nivel 2 de costo compartido <i>(Medicamentos Genéricos)</i>	\$8 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$8 copago
Nivel 6 de costo compartido <i>(Medicamentos de Cuidados Selectos)</i>	\$3 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$3 copago

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido al detal estándar (dentro de la red) (Suplido para hasta 90 días)	Costo compartido al detal preferido (dentro de la red) (Suplido para hasta 90 días)	Costo compartido de envío por correo (Suplido para hasta 90 días)
Nivel 1 de costo compartido <i>(Medicamentos Genéricos Preferidos)</i>	\$10 copago	\$0 copago	\$0 copago
Nivel 2 de costo compartido <i>(Medicamentos Genéricos)</i>	\$16 copago	\$0 copago	\$0 copago
Nivel 6 de costo compartido <i>(Medicamentos de Cuidados Selectos)</i>	\$6 copago	\$0 copago	\$0 copago

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cubierta Catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Usted reúne las condiciones para la Etapa de Cubierta Catastrófica cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de \$7,400 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de Cubierta Catastrófica, usted se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será el coaseguro o un copago, la cantidad que sea *mayor*:
 - Coaseguro del 5% del costo del medicamento.
 - O, \$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$10.35 para todos los demás medicamentos.

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje Importante Acerca de lo que Usted Pagará por Vacunas – Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Parte D sin costo para usted. Llame a Servicios al Afiliado para más información.

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

- La primera parte de la cubierta es el costo **del medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cubierta es para el costo de **administrar la vacuna**. (Esto a veces se conoce como la “administración” de la vacuna).

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

1. **El tipo de vacuna** (para qué le están vacunando).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Usted puede conocer su cubierta para estas vacunas en el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.
 - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.
2. **Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
 - La vacuna puede ser despachada en una farmacia o provista en la oficina del médico.
3. **Quién le administra la vacuna.**
 - Un farmacéutico le puede administrar la vacuna u otro proveedor la puede administrar en una oficina médica.

Lo que usted paga al momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y en cual Etapa de Medicamentos se encuentra.

- A veces, al obtener la vacuna, usted deberá pagar el costo total, tanto del medicamento de la vacuna como de su administración. Puede solicitarle a nuestro plan que le reembolsemos.
- Otras veces, al recibir el medicamento de la vacuna o la administración de esta, pagará solo su parte del costo del beneficio de la Parte D.

Estos son tres ejemplos de formas para recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se le administra la vacuna en la farmacia de la red. (Esta opción dependerá de dónde usted viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Usted pagará en la farmacia su copago por la vacuna en sí que incluye el costo de la administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, usted pagará por el costo total de la vacuna y el costo de su administración por el proveedor.
- Puede pedir a nuestro plan que le reembolse, nuestra parte del costo compartido utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará la cantidad que haya pagado menos su copago normal por la vacuna (incluida la administración) menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobre el médico y lo que pagamos normalmente. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego la lleva a la oficina de su médico, donde se le administrará.

- Usted pagará en la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total de este servicio. Entonces, usted puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo compartido utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará la cantidad que haya pagado menos su copago normal por la vacuna (incluida la administración) menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobre el médico y lo que pagamos normalmente. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitar que paguemos
nuestra parte de una factura que
recibió por servicios médicos o
medicamento cubiertos*

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

En ocasiones, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que tenga que pagar el costo total. Otras veces, puede descubrir que ha pagado más de lo que esperaba según las normas de cubierta del plan. O puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedir a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero suele llamarse "reembolso"). Tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero siempre que haya pagado más de la parte que le corresponde del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También en ocasiones, podría recibir una factura del proveedor solicitando un pago por el costo total del cuidado médico recibido o posiblemente por más de la cantidad de su costo compartido según explicado en el documento. Primero trate de resolver la situación con su proveedor directamente. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarlos le notificaremos al proveedor. Usted nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si el proveedor está contratado usted todavía tendrá derecho a recibir tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que podría tener que solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que recibió:

1. Cuando ha recibido cuidado médico de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Cuando reciba atención de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted solo es responsable de pagar su parte del costo, no el costo total. (Su parte del costo puede ser más alta para un proveedor que no pertenece a la red que para un proveedor de la red). Usted debe pedirle al proveedor que nos facture por nuestra parte del costo.

- Si usted paga la cantidad total al momento de recibir el servicio, debe pedirnos un reembolso por nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Algunas veces podría recibir una factura del proveedor solicitando un pago que usted considera que no le corresponde pagar. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si usted ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos la cantidad de la parte que nos correspondía.

CAPÍTULO 7: Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamento cubiertos

- **Por favor, tenga en cuenta lo siguiente:** Aunque puede recibir cuidado de un proveedor fuera de la red, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran cuidado de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba.

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

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

- Usted solo tiene que pagar la cantidad del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No le permitimos a los proveedores añadir cargos adicionales, lo que se llama “facturación de saldos”. Esta protección (de nunca pagar más de la cantidad de su costo compartido) aplica aun cuando paguemos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no paguemos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la “facturación de saldos”, vea la Sección 1.3, del Capítulo 4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuya cantidad usted considera es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pida que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y la que debe bajo el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces la afiliación de una persona a un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la afiliación ya pasó. La fecha de afiliación pudo incluso haber ocurrido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de afiliación, nos puede solicitar que le reembolsemos la parte que nos corresponde de los costos. Deberá enviarnos cierta documentación, tales como recibos y facturas para que coordinemos su reembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener el despacho de una receta

Si va a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de afiliado para que le despachen una receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si eso sucede, usted deberá pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de nuestra parte del costo. Recuerdo que solo cubrimos recetas despachadas en farmacias fuera de la red en unas

CAPÍTULO 7: Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamento cubiertos

pocas circunstancias especiales. Para obtener más información sobre esas circunstancias, vea la Sección 2.5 del Capítulo 5.

5. Cuando usted paga el costo completo de la receta porque no lleva con usted su tarjeta de afiliado del plan

Si no lleva su tarjeta de afiliado del plan a la mano, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de su afiliación. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la afiliación que necesita de inmediato, es posible que usted mismo tenga que pagar el costo total de la receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de nuestra parte del costo.

6. Cuando usted paga el costo total de una receta en otras situaciones

Usted podría pagar el costo total de una receta porque se da la situación de que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan, o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o piensa que no le debería aplicar. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, puede que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede que necesitemos más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

Todos los ejemplos arriba mencionados son tipos de decisiones de cubierta. Esto significa que si denegamos su solicitud de reembolso, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento incluye información sobre cómo presentar una

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

Usted puede pedirnos que le devolvamos el dinero enviándonos su solicitud de pago por escrito junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus archivos. **Usted debe someter su reclamación dentro de los 12 meses** a partir de la fecha de haber recibido el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurar que nos está proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reembolso para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.

CAPÍTULO 7: Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamento cubiertos

- Descargue una copia del formulario de nuestra página web (www.sssadvantage.com) o llame a Servicios al Afiliado y pida el formulario.

Envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Triple-S Advantage, Inc.
Departamento de Reclamaciones
PO Box 11320
San Juan, Puerto Rico 00922-1320

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

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

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

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las reglas para obtener el cuidado o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o el cuidado médico, o si usted *no* cumplió con todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo por el cuidado o medicamento. Le enviaremos una carta explicándole las razones por que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos por la totalidad o parte del medicamento o el cuidado médico, usted puede presentar una apelación
--

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

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como afiliado del plan

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

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del español, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con diversidad cultural, y orígenes étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los afiliados con discapacidades o que no hablan español. También podemos proveerle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si la necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios al Afiliado.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres afiliadas la opción de acceder directamente a un especialista en salud femenina dentro de la red para los servicios de cuidado de salud rutinario y preventivo de la mujer.

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

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para radicar una querrela con Servicios al Afiliado. También puede presentar una queja con Medicare llamando 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.

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include,

but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2	Debemos asegurar que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	--

Tiene derecho a elegir un proveedor para su cuidado. Tiene derecho a elegir un proveedor de la red del plan. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de referido y seguir pagando la cantidad de costo compartido dentro de la red.

Usted tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicho cuidado. También tiene derecho a obtener sus recetas o repeticiones en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su cuidado médico o los medicamentos de la Parte D dentro de un periodo de tiempo razonable, el Capítulo 9 le explica lo que puede hacer.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y su información de salud personal. Nosotros protegemos su información de salud personal tal y como lo requieren estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos dio cuando usted se inscribió en este plan, así como sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados a su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se llama “Aviso de Prácticas de Privacidad”, que le informa sobre estos derechos y le explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus expedientes.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información médica a cualquier persona que no le esté brindando cuidados o pagando por sus cuidados, *estamos obligados a obtener primero una autorización por escrito de usted o de alguien a quien le haya dado poder legal para tomar decisiones por usted.*
- Hay ciertas excepciones en las que no se nos obliga a obtener su autorización por escrito primero. Estas excepciones son permitidas o requeridas por ley.
 - Se nos requiere que divulguemos información de salud a las agencias del gobierno que controlan la calidad del cuidado de salud.
 - Debido a que usted es afiliado de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionarle a Medicare su información de salud, incluyendo la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigaciones u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales, por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

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

Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos que el plan mantiene y a obtener una copia de sus expedientes. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus expedientes médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de cuidado médico para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con terceros para fines no rutinarios.

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios al Afiliado.

Notificación de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

REVISE ESTE AVISO CON CUIDADO. LA PROTECCION DE SU INFORMACIÓN ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

NUESTRA RESPONSABILIDAD LEGAL

Triple-S Advantage, Inc. y Triple-S Salud, Inc. (Triple-S) son requerida por ley de mantener la confidencialidad, privacidad y seguridad de su información de salud. De igual forma, es requerido por ley proveerle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su información protegida de salud (PHI). Seguiremos las prácticas de privacidad descritas en este aviso mientras el mismo esté vigente.

Este aviso incluye ejemplos de la información que recopilamos y describe los tipos de usos y divulgaciones que podemos hacer, así también sus derechos.

Este aviso incluye ejemplos ilustrativos y no deben considerarse un inventario completo de nuestro manejo de la información.

Triple-S tiene que registrarse por los términos de este Aviso. Sin embargo, nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Antes de realizar algún cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, enmendaremos este aviso y lo enviaremos a todos nuestros suscriptores activos a la fecha del cambio. **Este aviso cobrará vigencia a partir del 1 de septiembre de 2022.**

COMO PROTEGEMOS SU PHI

- Nuestros empleados están capacitados sobre nuestras políticas y procedimientos relacionadas a la privacidad y la protección de los datos.
- Nosotros usamos salvaguardas administrativas, físicas y técnicas implementadas para mantener la integridad, confidencialidad, privacidad y seguridad de su información protegida de salud.
- Hemos desarrollado e implementado políticas y procedimientos establecidos que restringen el uso de su PHI por parte de nuestros empleados solo a aquellos que están autorizados a acceder esta información limitado para propósitos de tratamiento o pago o para llevar a cabo ciertas operaciones de atención médica; y
- Hemos implementado procesos apropiados para monitorear y asegurar el cumplimiento con nuestras políticas de Privacidad y Seguridad de la información protegida de salud.

RESUMEN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestro compromiso es limitar la información que recopilamos a la estrictamente necesaria para administrar la cubierta de su seguro o beneficios. Como parte de nuestras funciones de administración, recopilamos información personal de distintas fuentes, entre las cuales podemos mencionar:

- Información que usted provee en solicitudes y otros documentos para obtener un producto o servicio.
- Información que proviene de transacciones efectuadas con nosotros o con nuestras afiliadas.
- Información que proveen las agencias de crédito.
- Información de proveedores de servicios de salud.
- Programas de salud gubernamentales.

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

Nosotros no utilizamos ni divulgamos información genética con el propósito de evaluar o suscribir riesgos.

LEYES Y REGULACIONES

HIPAA: La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA, por sus siglas en inglés) del 1996 implementa reglas relativas al uso, almacenamiento, transmisión y divulgación de la información protegida de salud perteneciente a los afiliados con el fin de estandarizar las comunicaciones y proteger la privacidad y seguridad de la información personal, financiera y de salud.

HITECH: Ley titulada como “Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act of 2009” (HITECH, por sus siglas en inglés). Esta ley promueve la adopción y el uso significativo de la tecnología de información de salud. También se ocupa de privacidad y seguridad asociada a las transmisiones electrónicas de información de salud, en parte, a través de varias disposiciones que fortalecen la ejecución civil y criminal de las Reglas de HIPAA.

Regla de Privacidad y Seguridad: Son los estándares de la privacidad de la información identificable de un individuo, así como las normas de seguridad para la protección electrónica de la información protegida que se guían a través de 45 C.F.R. Parte 160 y Parte 164.

ORGANIZACIONES CUBIERTAS POR ESTE AVISO

Triple-S Advantage, Inc.

Triple-S Salud, Inc.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD

Triple-S no divulgará ni utilizará su información para ningún otro propósito que no sea los mencionados en este Aviso a no ser que usted provea una autorización por escrito. Usted tiene derecho a revocar la autorización por escrito en cualquier momento, pero su revocación no afectará los usos o divulgaciones permitidos por su autorización mientras la misma estuvo vigente. Triple-S no divulgará información para propósito de recaudación de fondos.

Triple-S podría utilizar y divulgar PHI para lo siguiente:

Divulgaciones a usted:

Estamos obligados a divulgarle a usted la mayor parte de su PHI. Esto incluye, pero no está limitado, a toda información relacionada con su historial de reclamaciones y utilización del plan. Por ejemplo: Usted tiene el derecho a solicitar historial de reclamaciones, historial de medicamento y cualquier otra información que sea relacionada a su información protegida de salud.

En nuestras funciones de administración del seguro o beneficio, podremos usar y divulgar información, sin su autorización, para actividades relacionadas con su tratamiento médico, pago de servicios médicos y operaciones de cuidado de salud. Por ejemplo:

Tratamiento: Divulgar información a un proveedor de servicios médicos para que le brinde tratamiento, para la provisión, coordinación o supervisión de su atención médica y otros servicios relacionados. Por ejemplo, el plan puede divulgar información médica a su proveedor para la coordinación de tratamiento.

Pago: Para pagar por los servicios de salud prestados a usted; determinar la elegibilidad a los mismos bajo su póliza; coordinar beneficios; cobro de las primas; y otras actividades relacionadas. Por ejemplo, el plan puede usar o divulgar información para pagar reclamaciones de los servicios de salud recibidos por usted o para proveer información de elegibilidad a su proveedor de servicios de salud cuando reciba tratamiento.

Operaciones de cuidados de salud: Para servicios legales y de auditoría, incluyendo detección de fraude y abuso y cumplimiento, así como la planificación y desarrollo de negocios, actividades administrativas y de gerencia del negocio, actividades de seguridad del paciente,

credencialización, manejo de enfermedades y adiestramiento de estudiantes de medicina o farmacia. Por ejemplo, el plan puede utilizar o divulgar su información de salud para comunicarse con usted para proveerle recordatorios de reuniones, citas o información sobre tratamientos.

Podemos usar o divulgar su información de salud a otra aseguradora o a un proveedor de salud sujeto a las regulaciones federales o locales sobre confidencialidad mientras la aseguradora o proveedor mantengan una relación con usted.

Entidades Cubiertas Afiliadas: En las funciones como administrador del seguro o beneficio, podremos usar y divulgar PHI con la siguiente entidad: Triple-S Advantage, Inc. y Triple-S Salud, Inc.

Socios de Negocios: Nuestro uso de PHI para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica descritas anteriormente (o para otros usos o divulgaciones descritos en esta Notificación) pueden involucrar divulgación de su PHI a ciertas otros individuos o entidades con las que hemos contratado para llevar a cabo o proporcionar ciertos servicios en nuestros nombre (Socios de Negocios). También podríamos permitir a nuestros Socios Negocios crear, recibir, mantener o transmitir su PHI en nuestro nombre para que el Socios de Negocios nos proporcione servicios, o para la administración o gerencia apropiada del Socios de Negocios o para cumplir con las responsabilidades legales del Socio de Negocios. Estos Socios Negocios incluyen abogados, contadores, consultores, compañías de procesamiento de reclamaciones y otros terceros. Nuestros Socios de Negocios pueden volver a divulgar su PHI a contratistas para que estos contratistas puedan proporcionar servicios a los Socios de Negocios. Estos contratistas estarán sujetos a las mismas restricciones y condiciones que aplican a nuestro Socios de Negocios. Cuando dicho arreglo con un Socios de Negocios involucre el uso o divulgación de su PHI, tendremos un contrato escrito con nuestro Socios de Negocios que contendrá los términos diseñados para proteger la privacidad de su PHI.

Su patrono u organización que auspicia su seguro grupal de salud: Podemos divulgar su información de salud al patrono u otra organización que auspicie su plan de salud grupal, con el fin de facilitar la administración del mismo, como las altas y bajas del plan de salud. También podemos divulgar información de salud resumida. Esta resume el historial de reclamaciones, gastos por reclamaciones o cubiertas, o tipos de reclamaciones experimentadas por los participantes del plan.

Para propósitos de investigación: Podemos utilizar o divulgar su PHI a investigadores, si una Junta Revisora Institucional o un Comité de Ética ha revisado la propuesta de investigación y ha establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información y ha aprobado la investigación como parte de un conjunto limitado de datos

Según requerido por Ley: Podemos utilizar o divulgar PHI cuando la Ley Federal, Estatal o Local requiere su uso o divulgación. En este Aviso, el término “según requerido por Ley” se define tal como lo dispone el Reglamento de Privacidad de la Ley HIPAA. Para estos fines su autorización o la oportunidad de aprobar u objetar no será requerida. La información será divulgada en cumplimiento con las salvaguardas establecidas y requeridas por la Ley.

Procedimientos legales: Podemos utilizar o divulgar su PHI durante el transcurso de cualquier proceso judicial o administrativo en cumplimiento con alguna orden (en la medida en que dicha divulgación esté expresamente autorizada); o en respuesta a una citación, una solicitud de descubrimiento de prueba u otro proceso autorizado por Ley.

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

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

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

Actividades de monitoreo de agencias reguladoras: Podemos divulgar información de salud a una agencia reguladora como el Departamento de Salud Federal (DHHS, por sus siglas en inglés) para propósitos de auditorías, monitoreo de cumplimiento con la regulación, investigaciones, inspecciones o licencias. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para ciertas agencias estatales y federales para monitorear el sistema de atención de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

Salud y seguridad pública: Podemos usar o divulgar su información de salud según permitido o requerido por ley para los siguientes propósitos, para estos fines su autorización o la oportunidad de aprobar u objetar no será requerida:

- Actividades de salud pública, incluyendo el informe de estadísticas de enfermedades e información vital, funciones gubernamentales especializadas, entre otros;
- Monitoreo de Agencias Reguladoras y Prevención de Fraude;
- Informar abuso o negligencia contra menores o adultos o violencia doméstica;
- Actividades de las agencias reguladoras;
- Respuesta a órdenes judiciales o administrativas;
- A los oficiales del orden público o asuntos de seguridad nacional;
- Para prevenir una amenaza inminente a la salud o seguridad públicas;
- Para propósitos de almacenamiento o trasplantes de órganos, ojos o tejidos;
- Para propósitos de investigaciones estadísticas;
- Para propósitos de descendientes;
- Según requerido o permitido por las leyes aplicables.

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

Servicios relacionados con su salud: Podemos usar su información de salud para ofrecerle información sobre beneficios y servicios relacionados con su salud, o alternativas de tratamiento que pudieran ser de interés. Utilizaremos su información para llamarle o escribirle para recordarle sus citas médicas o las pruebas preventivas que necesite de acuerdo con su edad o condición de salud.

Con su autorización: Usted nos puede autorizar por escrito a usar o divulgar su información a otras personas para cualquier propósito. Actividades como el mercadeo de productos no relacionados con salud o la venta de información de salud requieren su autorización. En estos casos, las pólizas de seguro y sus beneficios no se afectarán si usted deniega la autorización.

La autorización tiene que estar firmada y fechada por usted, indicar la persona o entidad autorizada a recibir la información, breve descripción de la información a divulgarse y fecha de expiración de la autorización, la cual no excederá de dos años contados desde la fecha en que se firma la misma. Salvo que se haya firmado la autorización para uno de los siguientes propósitos:

- Para sustentar una solicitud de beneficios bajo una póliza de seguro de vida o para la rehabilitación o cambios de beneficios de la misma, en cuyo caso la autorización estará vigente 24 meses o hasta que se deniegue la solicitud, lo que ocurra primero; o
- Para sustentar o facilitar la comunicación del tratamiento en curso para un padecimiento crónico o enfermedad crónica o la rehabilitación de una lesión.

La información divulgada conforme a la autorización provista por usted pudiera ser divulgada por el recipiente de la misma y no estar protegida por las leyes de privacidad aplicables. Usted tiene derecho a revocar la autorización por escrito en cualquier momento, pero su revocación no afectará los usos o divulgaciones permitidos por su autorización mientras la misma estuvo vigente. Nosotros guardaremos registro de las autorizaciones o revocaciones otorgadas por usted.

A su familia y amigos: A menos que usted solicite una restricción, podemos divulgar de forma limitada información suya a los miembros de su familia o amistades que estén involucradas en su cuidado médico o que sean responsables por el pago de los servicios médicos.

Antes de divulgar su información médica a alguna persona relacionada con su cuidado médico o con el pago de los servicios de salud, le proveeremos la oportunidad de objetar dicha divulgación. Si usted no se encuentra presente, está incapacitado(a) o es una situación de emergencia, utilizaremos nuestro juicio profesional en la divulgación de información que entendamos resultará en su mejor interés.

USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS SOBRE SU PHI

Acceso: Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener copia electrónica o a papel de su información personal, financiera, de seguros o de salud relacionada con suscripción o reclamaciones dentro de los límites y excepciones que provee la ley. Para ello, usted debe presentarnos su solicitud por escrito. Al recibo de su solicitud nosotros tendremos 30 días para efectuar alguna de las siguientes actividades:

- Solicitud de tiempo adicional
- Proveer la información solicitada o permitirle examinar la información durante horas laborales
- Informarle que no tenemos la información solicitada en cuyo caso, de conocerlo, le indicaremos a dónde acudir
- Denegar la solicitud, parcial o totalmente, debido a que la información proviene de una fuente confidencial o se recopiló en preparación de un litigio o investigación por oficiales del orden público, unidad antifraude o para programas de garantía de calidad o cuya divulgación está prohibida por ley. Le notificaremos por escrito las razones de la denegación. No será requerido notificarle en casos donde sea parte de una investigación debidamente constituida por ley o en preparación de un proceso judicial.

El primer informe que usted solicite será gratuito. Nos reservamos el derecho de cobrar por copias subsiguientes.

Informe de Divulgaciones: Usted tiene derecho a recibir una lista de las instancias ocurridas en que nosotros o nuestros socios de negocio hayamos divulgado su información de salud para asuntos no relacionados a tratamientos médicos pagos por servicios de salud, operaciones de cuidado de salud, o según su autorización. El informe indicará la fecha en que se hizo la divulgación, el nombre de la persona o entidad a la que se divulgó su información, una descripción de la información divulgada y la razón para la divulgación. Si usted solicita este informe más de una vez dentro de un período de 12 meses, podríamos cobrarle los costos de procesar la(s) solicitud(es) adicional(es). El informe sólo cubre los últimos seis años.

Restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar que implementemos restricciones adicionales en nuestro manejo de su información de salud.

Nosotros no tenemos que estar de acuerdo con su solicitud, pero si la aceptamos, nos regiremos por la misma (excepto en caso de una emergencia). Su solicitud y nuestro acuerdo de implementar restricciones adicionales en el manejo de su información de salud debe ser por escrito.

Comunicación confidencial: Usted tiene el derecho de solicitar que nuestras comunicaciones hacia usted relacionadas con su información de salud sean dirigidas a direcciones alternas. Debe presentar una solicitud por escrito notificando la dirección postal en la cual interesa que Triple-S le envíe sus comunicaciones.

Nota: Si elige que se le envíen las comunicaciones confidenciales a una nueva dirección, solo responderemos a solicitudes por parte de usted. Si recibe servicios de proveedores de atención

médica, usted es responsable de notificar a aquellos proveedores directamente sobre su nueva dirección postal.

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar correcciones a su información de salud. Su solicitud debe ser por escrito, y contener una explicación o evidencia que justifique la enmienda. Nosotros responderemos a su solicitud en un término de 60 días. De necesitar tiempo adicional, le notificaremos por escrito previo a la expiración del término original.

Podemos rechazar su solicitud si no originamos la información que usted solicita que se enmiende y quién la originó se encuentra disponible para recibir su solicitud, o por otras razones. Si rechazamos su solicitud, le proveeremos una explicación por escrito. Usted puede solicitar que se incluya una declaración suya indicando su desacuerdo con la determinación tomada por nosotros. Si aceptamos su solicitud, realizaremos esfuerzos razonables para informar a otros, incluyendo los socios de negocio, e incluiremos la enmienda en cualquier divulgación futura de tal información.

Aviso en caso de violaciones de Privacidad y Seguridad en que su información esté en riesgo: Triple-S es requerido por ley de notificarle de manera oportuna si ocurre un incidente que comprometa la privacidad, seguridad y confidencialidad de su información protegida de salud.

Aviso por medios electrónicos: Si usted recibió este aviso por medio de nuestros portales www.sssadvantage.com para Triple-S Advantage o www.salud.grupotriples.com para Triple-S Salud y/o por correo electrónico (e-mail), usted tiene derecho a recibir una copia en papel del mismo.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si interesa obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o dudas, comuníquese con nosotros. Todos los formularios para ejercer sus derechos están disponibles en www.sssadvantage.com y www.salud.grupotriples.com.

Si entiende que nosotros o alguno de nuestros socios de negocio ha incurrido en alguna infracción de sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con alguna decisión nuestra sobre el acceso a su información de salud, usted entiende derecho a presentar su queja en la dirección a continuación:

Oficina de contacto: Departamento de Cumplimiento

Atención: Oficial de Privacidad

Teléfono: (787)-620-1919 **Fax:** (787) 993-3260

E-mail: hipaacompliance@sssadvantage.com

Dirección: P. O. Box 11320 San Juan, PR 00922

Usted también puede someter su queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud Federal (DHHS) a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health and Human Services

Mailing Address: 200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Bldg.

Washington, D.C. 20201.

Email: OCRComplaint@hhs.gov

Customer Response Center: (800) 368-1019 Fax: (202) 619-3818 TDD: (800) 537-7697

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos ningún tipo de represalia si usted decide presentar una queja con nosotros o ante OCR.

If you would like to receive an English version of this notice, please contact us at the address above or visit our website at www.sssadvantage.com for Triple-S Advantage or for Triple-S Salud www.salud.grupotriples.com.

Fecha de revisión de Notificación de Prácticas de Privacidad: junio 2022

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

Como afiliado de Óptimo Xtra, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información de nuestra parte.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios al Afiliado:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red, incluyendo las farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo le pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cubierta y las reglas que debe seguir cuando use su cubierta.** En los Capítulos 3 y 4, proporcionamos información sobre los servicios médicos que están cubiertos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cubierta de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo pedir una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura

está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado
--------------------	--

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

Usted tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de cuidado de salud cuando solicite cuidado médico. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

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

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene el derecho de ser informado sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, independientemente de su precio o si están cubiertas por nuestro plan. Eso también incluye información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer sobre los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su cuidado médico. Se le debe informar por adelantado si cualquier cuidado médico o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad de lo que ocurra con su cuerpo como consecuencia de ello.

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

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

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle **a alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez deja de ser capaz de tomar decisiones por sí mismo.

- **Entregar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que manejen su cuidado médico en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones por anticipado en estos casos se llaman **“directrices anticipadas”**. Existen diferentes tipos de directrices anticipadas y diferentes nombres para referirse a estas. Los documentos conocidos como **“testamento vital”** y **“poder notarial para asistencia médica”** son ejemplos de directrices anticipadas.

Si desea utilizar “directrices anticipadas” para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que tiene que hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede pedirle un formulario de directrices anticipadas a su abogado, a un trabajador social. A veces se pueden obtener formularios de directrices anticipadas de organizaciones que ofrecen información al público sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios al Afiliado para pedir los formularios.
- **Llénelo y fírmelo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debe considerar la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Usted debe entregarle una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que puede tomar sus decisiones si usted no puede. Quizás desee entregarle copias a sus amigos cercanos o familiares también. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que usted va a ser hospitalizado y ha firmado directrices anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

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

Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de directrices anticipadas (incluso si desea firmar dicho documento si usted está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle el cuidado ni discriminar contra usted por no haber firmado directrices anticipadas.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado directrices anticipadas y cree que un médico o el hospital no ha respetado las instrucciones en el documento, puede presentar una queja al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés), Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada (SHIP de Puerto Rico). Vea el Capítulo 2, *Números telefónicos y recursos importantes* para más detalles de contacto.

Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema, preocupación o queja sobre el cuidado o los servicios cubiertos, o para presentar una apelación el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que usted haga, ya sea solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación o queja, **estamos obligados a tratarle justamente.**

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que se le ha tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos?
--------------------	---

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

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

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que se le ha tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, *y no* se trata de discriminación, usted puede obtener ayuda para atender su problema:

- Puede **llamar a Servicios al Afiliado.**
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP).** Para detalles, vea la Sección 3 del Capítulo 2.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos
--------------------	--

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

- Puede **llamar a Servicios al Afiliado.**
- Puede llamar al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP).** Para detalles, vea la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare.**
 - Puede visitar la página web de Medicare para leer o descargar la publicación “Sus derechos y protecciones en Medicare”. (La publicación está disponible en <https://es.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>).

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

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como afiliado del plan

Lo que tiene que hacer como afiliado del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Afiliado.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios.** Utilice esta *Evidencia de Cubierta* para saber lo que está cubierto y las reglas que tiene que seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 proveen detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 proveen detalles sobre su cubierta de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cubierta de otro seguro de salud u otra cubierta de medicamentos recetados, usted tiene que informarlo.** El Capítulo 1 le explica cómo coordinar estos beneficios.
- **Dígale al médico y a otros proveedores de cuidado médico que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de afiliado del plan cada vez que obtenga cuidado médico o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores le ayuden al proveer información, hacer preguntas y dar seguimiento de su cuidado médico.**
 - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de cuidado médico a proveerle el mejor cuidado, aprenda lo más que pueda sobre sus problemas de salud y provea la información que ellos necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluyendo los medicamentos fuera del recetario (OTC), las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Usted debe pagar su prima mensual

- Usted debe continuar pagando su prima por la Parte B de Medicare para continuar en nuestro plan.
- Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
- Si debe pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales más elevados (según informó en su declaración de impuestos), usted debe continuar pagando esta cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo afiliado del plan.
- **El cálculo de su responsabilidad, cuando usted recibe servicios fuera del área de servicio de Triple-S Advantage, por un proveedor PPO de la red de BCBSA, Medicare Advantage**

Cuando reciba servicios cubiertos fuera del área de servicio de Triple-S por un proveedor participante en la red PPO de Medicare Advantage, el costo del servicio, mediante el cual se calcula su responsabilidad (copago/coaseguro) será uno de los siguientes:

- La cantidad permisible por Medicare para servicios cubiertos; o
- Cualquiera de las dos cantidades, la que Triple-S negocia con el proveedor o que el plan local de Blue Medicare Advantage negocia con sus proveedores en nombre de Triple-S, si aplica. La cantidad negociada puede ser cualquiera de las siguientes: más alta, más baja o equivalente a la cantidad permisible por Medicare.
- **Proveedores de salud no participantes fuera del área de servicio de Triple-S:**

Cuando los servicios cubiertos sean provistos fuera del área de servicio de Triple-S por proveedores de salud no participantes, la cantidad que usted paga por tales servicios estarán basadas en cualquiera de los dos arreglos de pagos descritos arriba, para proveedores en la red Medicare Advantage PPO, cargo límite de Medicare donde aplique o cargos facturados del proveedor. En estas situaciones, usted puede ser responsable por la diferencia entre la cantidad que el proveedor no participante facture y el pago que Triple-S realizará por los servicios cubiertos según lo establecido en este párrafo. Los pagos por servicios de emergencia fuera de la red se rigen por las leyes federales y estatales aplicables.

- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, debemos estar al tanto** para mantener su registro de afiliación actualizado y saber cómo comunicarnos con usted
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, usted no puede continuar afiliado a nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que le informe al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una preocupación

Este capítulo le explica dos tipos de procesos para manejar problemas y preocupaciones:

- Para algunos tipos de problemas, usted necesita usar el **proceso para decisiones de cubierta y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, usted necesita usar el **proceso para presentar quejas**; también llamadas querellas.

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

La Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y qué debe hacer.

Sección 1.2 ¿Y los términos legales?
--

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

- Utiliza palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo indica generalmente “presentar una queja” en lugar de “radicar una querella”, “decisión de cubierta” en lugar de “determinación de organización integrada” o “determinación de cubierta” o “determinación de riesgo”, y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”.
- También evita el uso de abreviaturas lo más posible.

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

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

al servicio al afiliado para pedir ayuda. Pero en algunas situaciones también puede querer ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación, se indican dos entidades que pueden ayudarle.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

Este programa gubernamental tiene consejeros adiestrados en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para lidiar con el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarle sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los consejeros del SHIP (por sus siglas en inglés) son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y la dirección de la página web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

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

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para resolver su problema?

Si tiene un problema o una preocupación, solo necesita leer las partes de este capítulo que apliquen a su situación. La guía a continuación le ayudará.

¿Su problema o preocupación es sobre sus beneficios o su cubierta?

Esto incluye los problemas sobre si un cuidado médico o unos medicamentos recetados en particular están cubiertos o no, y los problemas relacionados con el pago del cuidado médico o los medicamentos recetados.

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, Sección 4, “Guía básica sobre las decisiones de cubierta y las apelaciones”.

No.

Vaya a la **Sección 10**, al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al afiliado u otras inquietudes”**.

DECISIONES DE CUBIERTA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía básica sobre las decisiones de cubierta y las apelaciones

Sección 4.1	Cómo solicitar decisiones de cubierta y presentar apelaciones: panorama general
--------------------	--

Las decisiones de cubierta y apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cubierta de servicios médicos y medicamentos recetados, incluyendo los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cubierta previo a recibir los servicios

Una decisión de cubierta es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cubierta, o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cubierta (favorable), siempre que usted recibe atención médica de él o si le refiere a un especialista. Usted o su médico también pueden ponerse en contacto con nosotros y solicitar una decisión de cubierta si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico específico o se niega a prestarle la atención médica que usted

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cubierta por usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cubierta será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cubierta, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha desestimado la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cubierta cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o ya no está cubierto para usted por Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión de cubierta, puede presentar una apelación.

Presentando una apelación

Si tomamos una decisión de cubierta, antes o después de haber recibido el servicio, y no se siente satisfecho con esta, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cubierta tomada por nosotros. En determinadas circunstancias, de las que hablaremos más adelante, puede solicitar una apelación acelerada o "rápida" de una decisión de cubierta. Su apelación será gestionada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se llama apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cubierta que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las reglas correctamente. Cuando terminamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimarán una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado a hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos una notificación explicando por qué se ha desestimado la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si no desestimamos su caso, pero decimos que no a todo o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la lleva a cabo una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. (Las apelaciones de servicios médicos y de medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2; usted no tiene que hacer nada. En el caso de las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos toda o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. (Las apelaciones de la Parte D se tratan con más detalle en el Sección 6 de este capítulo). Si no está satisfecho con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de niveles adicionales de apelación (la Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cubierta o presentando una apelación

Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cubierta o apelar una decisión:

- **Puede llamar a Servicios al Afiliado.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.
- **Su médico u otro proveedor de salud puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico u otro proveedor de salud le ayudan con una apelación pasado el Nivel 2, deberá asignarlo como su representante. Comuníquese con Servicios al Afiliado y solicite el formulario “Nombramiento de representante” (El formulario también está disponible en la página web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf> o en nuestra página web en www.sssadvantage.com).
 - Para atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico u otro proveedor de servicios de salud puede solicitar una decisión de cubierta o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - En el caso de los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional de la salud puede solicitar una decisión de cubierta o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es rechazada, su médico o prescriptor puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitarle a alguien que actúe en su nombre.** Si así lo desea, usted puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor de salud, u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Afiliado y pida el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en la página web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf> o en nuestra página web en www.sssadvantage.com). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted tiene que darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en los 44 días naturales siguientes a la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos una notificación por

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

escrito explicándole su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referidos. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted cualifica. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cubierta o apelar una decisión.

Sección 4.3	¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?
--------------------	---

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes que suponen decisiones de cubierta y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, proveemos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su cuidado médico: cómo solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cubierta de una hospitalización extendida si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitar que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cubierta va a terminar demasiado pronto” (Esta sección aplica solo a estos servicios: cuidado de salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada, y servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés)).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios al Afiliado. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el programa SHIP.

SECCIÓN 5 Su cuidado médico: cómo solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación de la decisión de cubierta

Sección 5.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cubierta para su cuidado médico o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su cuidado
--------------------	--

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y cuidado médico. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

“cubierta para cuidado médico” o “cuidado médico” que incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las reglas para artículos y servicios médicos.

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

1. No está recibiendo ciertos cuidados médicos que usted quiere, y entiende que el plan cubre dichos cuidados. **Solicite una decisión de cubierta. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprobará el cuidado médico que desea brindarle su médico u otro proveedor de salud, y usted cree que el plan cubre dicho cuidado. **Solicite una decisión de cubierta. Sección 5.2.**
3. Recibió cuidados médicos que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicho cuidado. **Someta una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó cuidados médicos y cree que el plan debería cubrirlos, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de este cuidado. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cubierta que tenía para ciertos servicios de cuidado médico (aprobados previamente) que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Someta una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cubierta que se va a interrumpir es para cuidado hospitalario, servicios de cuidado de salud en el hogar, servicios en un centro de enfermería especializada, o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF por sus siglas en inglés), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Aplican reglas especiales para estos tipos de cuidado.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cubierta

Términos Legales

Cuando una decisión de cubierta incluye su cuidado médico, esta se denomina **“determinación organizacional integrada”**.

Una "decisión de cubierta rápida" se llama **"determinación expedita"**.

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

Paso 1: Determine si necesita una “decisión de cubierta estándar” o una “decisión de cubierta rápida”.

Una "decisión de cubierta estándar" suele tomarse en un plazo de 14 días o de 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una "decisión de cubierta rápida" suele tomarse en un plazo de 72 horas, para los servicios médicos, o de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cubierta rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Usted puede solicitar una decisión de cubierta rápida *solo* si usted ha solicitado la cubierta para cuidado médico que *aún no ha recibido*.
- Usted puede obtener una decisión de cubierta rápida *solo* si el utilizar los plazos habituales puede *afectar su salud seriamente o perjudicar su capacidad funcional*.
- Si su médico nos dice que su condición de salud requiere una “decisión de cubierta rápida”, automáticamente estaremos de acuerdo con proporcionarle una decisión de cubierta rápida.
- Si usted solicita la decisión de cubierta rápida por su propia cuenta, sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cubierta rápida.
- Si no aprobamos la decisión de cubierta rápida le enviaremos una carta que:
 - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explica que, si su médico solicita la decisión de cubierta rápida, le daremos automáticamente una decisión de cubierta rápida.
 - Explica que puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión de cubierta estándar, en lugar de la decisión de la cubierta rápida que solicitó

Paso 2: Pedir a nuestro plan que tome una decisión de cubierta o una decisión de cubierta rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o brindemos cubierta para el cuidado médico que desea. Usted, su médico o su representante puede hacer esto. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

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

Para una decisión de cubierta estándar utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos nuestra respuesta **dentro de 14 días calendario** después de recibir su solicitud **de artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B**, le daremos una respuesta **dentro de 72 horas** de haber recibido su solicitud.

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

- **Sin embargo**, si nos pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tardamos más días, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tardar más días, puede presentar una "queja rápida". Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones de cubierta y las apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para una decisión de cubierta rápida utilizamos los plazos expeditos.

Una decisión de cubierta rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, responderemos en 24 horas.

- **Sin embargo**, si nos pide más tiempo, o si necesitamos algo más que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días más**. Si tardamos más días, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no deberíamos tardar más días, puede presentar una "queja rápida". (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Le llamaremos tan pronto tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos por qué hemos dicho que no.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cubierta para cuidado médico, usted puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cubierta de cuidado médico que quiere. Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1
Términos Legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cubierta de atención médica se llama **"reconsideración"** del plan.

Una "apelación rápida" también se llama **"reconsideración expedita"**.

Paso 1: Determine si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Una "apelación estándar" suele hacerse en un plazo de 30 días. Una "apelación rápida" se hace generalmente dentro de 72 horas.

- Si está apelando una decisión, que hemos tomado sobre la cubierta de un servicio que aún no ha recibido, usted y/o su médico tendrán que decidir si necesita una "apelación rápida". Si su médico nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cubierta rápida" en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite al plan una apelación o una apelación rápida.

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También nos puede llamar. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Si está solicitando una apelación rápida, presente la solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de 60 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud para una decisión de cubierta. Si este plazo se vence y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual su apelación ha sido sometida de forma tardía. Podríamos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de un motivo justificado para no cumplir con el plazo establecido podrían ser que una enfermedad grave le impidió comunicarse con nosotros o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

- **Puede pedir una copia gratuita de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para sustentar su apelación.**

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

- Cuando evaluamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cubierta para cuidado médico. Corroboramos que hayamos seguido todas las reglas al rechazar su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos, podríamos comunicarnos con usted o con su médico.

Plazos para una “apelación rápida”:

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **dentro de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si usted solicita más tiempo o nosotros necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, podemos **tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final del plazo extendido, si tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso del Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es sí a todo o a parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cubierta que aceptamos proporcionar dentro de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a todo o a parte de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciban su apelación.

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

Plazos para una “apelación estándar”:

- Si se trata de una apelación estándar, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta en un **plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que **no** deberíamos tomar días adicionales, usted puede presentar una “queja rápida”. Cuando presenta una queja rápida, responderemos a su queja dentro de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluyendo las quejas rápidas, vea la **Sección 10** de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta para la fecha aplicable indicada (o al final del plazo extendido), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si nuestra respuesta es **sí a todo o a parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cubierta que acordamos proporcionar dentro de **30 días calendario o dentro de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, luego de recibir su apelación.
- Si nuestra respuesta es **no a todo o a parte de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para el Nivel 2 de apelación.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo realizar una apelación de Nivel 2

Término Legal

El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es "**Entidad de revisión independiente**". A veces se la llama "**IRE**" por sus siglas en inglés.

La organización de revisión independiente es **una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si nuestra decisión es correcta o si debemos cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

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

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. Esta información se denomina su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionar información adicional a la organización de revisión independiente para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- En el caso de la "apelación rápida", la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de **72 horas** a partir de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pudiera beneficiarle, esto **podría tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

- En el caso de la “apelación estándar”, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de 7 días calendario** luego de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pudiera beneficiarle, esto **podría tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

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

- **Si la organización de revisión independiente responde que sí a parte o a todo lo que solicitó de una solicitud de un artículo o servicio médico**, nosotros debemos autorizar la cubierta del cuidado médico **dentro de 72 horas** o proporcionar el servicio dentro de

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

14 días calendario luego de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares** o proveer el servicio **dentro de 72 horas** desde la fecha en que nosotros recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes expeditas**.

- **Si la organización de revisión independiente responde que sí a una solicitud parcial o total de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en disputa **dentro de 72 horas** luego de haber recibido la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándar o dentro de 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes expeditas**.
- **Si esta organización dice no a todo o a parte de su apelación**, esto significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cubierta de cuidado médico no debe ser autorizada. (Esto se llama “confirmar la decisión o “rechazar su apelación”). En ese caso la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicando su decisión
 - Notificándole que tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cubierta de atención médica cumple con un determinado mínimo. La notificación escrita que reciba de la organización de revisión independiente le indicará la cantidad en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
 - Informándole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si quiere seguir adelante con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a un Nivel 3 de apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5	¿Qué sucede si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por cuidado médico?
--------------------	---

El Capítulo 7 describe las situaciones en las cuales podría tener que solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación para solicitar el pago.

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

Solicitar un reembolso es pedirle al plan una decisión de cubierta

Si usted nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cubierta. Para tomar esta decisión de cubierta, comprobaremos si el cuidado médico que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las reglas para el uso de su cubierta de cuidado médico.

- **Aceptamos su solicitud:** Si el cuidado médico por el que pagó tiene cubierta y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por nuestra parte del costo de su cuidado médico en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Rechazamos su solicitud:** Si el cuidado médico *no* está cubierto, o usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **usted puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cubierta que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3.

Para las apelaciones relativas al reembolso, tenga en cuenta:

- Tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si usted nos solicita un reembolso por el cuidado médico que ya obtuvo y pagó, no se le permitirá solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagarle, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cubierta de un gran número de medicamentos recetados. Para que esté cubierto, el medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Para más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas, consulte el Capítulo 5). Para más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, normas, restricciones y costos, consulte los capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere únicamente a los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos "medicamento" en el resto de esta sección, en lugar

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

de repetir cada vez "medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D". También utilizamos el término "lista de medicamentos" en lugar de "Lista de medicamentos cubiertos" o "Formulario".

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede ser surtida como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito explicando cómo ponerse en contacto con nosotros para pedir una decisión de cubierta.

Decisiones y apelaciones de cubierta de la Parte D

Término Legal
Una decisión de cubierta inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina una “determinación de cubierta” .

Una decisión de cubierta es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cubierta o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de Medicamentos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cubierta del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pedir que se pague una cantidad menor del costo compartido por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cubierta. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cubierta que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se explica cómo solicitar decisiones de cubierta y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?
Términos Legales

Pedir que se cubra un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos se llama a veces pedir una **"excepción al formulario"**.

Pedir que se elimine una restricción de cubierta para un medicamento se llama a veces pedir una **"excepción al formulario"**.

Pedir que se pague un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido se llama a veces pedir una **"excepción de nivel"**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedir que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cubierta.

Para considerar su solicitud, su médico u otro prescriptor tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o prescriptor puede pedir que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no está en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, tendrá que pagar la cantidad de costo compartido que se aplica en el Nivel 4 Medicamentos de Marca No Preferida. No puede pedir una excepción a la cantidad de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción de nuestra cubierta para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción para usted, puede solicitar una excepción a la cantidad de copago o coaseguro que le exigimos por el medicamento.
3. **Cambiar la cubierta de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos se encuentran en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de participación en los gastos, menos pagará usted por el costo del medicamento
 - Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternos para el tratamiento de su condición médica que están en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternos.
 - Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede pedirnos que lo cubramos a un costo compartido más bajo. Este sería el nivel de costo más bajo que contiene las alternativas de productos biológicos para el tratamiento de su enfermedad.

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

- Si el medicamento que está tomando es de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para el tratamiento de su enfermedad.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para el tratamiento de su enfermedad.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del Nivel 5: Medicamentos Especializados.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido inferior con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, por lo general pagará el monto más bajo.

Sección 6.3	Aspectos importantes que debe saber sobre pedir excepciones
--------------------	--

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico u otro prescriptor nos debe dar una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o prescriptor cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición médica en particular. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no le funcionen igual de bien o que pueden causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta terminar el año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y efectivo para tratar su condición médica.
- Si rechazamos su solicitud para una excepción, usted puede pedir otra revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cubierta, incluyendo una excepción

Término Legal

Una "decisión de cubierta rápida" se denomina una "**determinación de cubierta expedita**".

Paso 1: Determine si necesita una "decisión de cubierta estándar" o una "decisión de cubierta rápida".

Las "**decisiones de cubierta estándar**" se toman en un plazo de 72 horas desde que recibimos la comunicación de su médico. Las "**decisiones rápidas de cubierta**" se toman dentro de las 24 horas siguientes al recibo de la comunicación de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos una "decisión de cubierta rápida". Para obtener una decisión de cubierta rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (No puede pedir una decisión rápida de cubierta para que le devuelvan el dinero de un medicamento que ya ha comprado).
- El uso de los plazos estándar podría *causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad de funcionamiento*.
- **Si su médico u otro prescriptor nos dice que su salud requiere una "decisión de cubierta rápida", le daremos automáticamente una decisión de cubierta rápida.**
- **Si solicita una decisión de cubierta rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o prescriptor, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cubierta rápida.** Si no aprobamos una decisión de cubierta rápida, le enviaremos una carta que
 - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico u otro prescriptor solicita la decisión de cubierta rápida, automáticamente le daremos una decisión de cubierta rápida.
 - Le indica cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión de cubierta estándar en lugar de la decisión de cubierta rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas a partir de su recibo.

Paso 2: Solicitar una "decisión de cubierta estándar" o una "decisión de cubierta rápida".

Empiece llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o proveamos cubierta al cuidado médico que desea. También puede acceder al proceso de decisión

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

de cubierta a través de nuestra página web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el formulario de solicitud de determinación de cubierta modelo de CMS o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestra página web. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación denegada que está apelando.

Puede hacerlo usted, su médico (u otro prescriptor) o su representante. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede dar autorización por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la "declaración de apoyo"**, que son las razones médicas para la excepción. Su médico u otro prescriptor puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien, su médico u otro prescriptor puede decírnoslo por teléfono y hacer un seguimiento enviando por fax o por correo una declaración escrita si es necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.***Plazos para una "decisión de cubierta rápida":***

- Generalmente, tenemos que darle una respuesta **dentro de 24 horas** después de haber recibido su solicitud.
 - Si está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de 24 horas después de recibir la justificación de su médico para su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a todo o a parte de lo que solicitó**, debemos brindar la cubierta que aceptamos proporcionar dentro de 24 horas después de recibir su solicitud o la justificación del médico para su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a todo o a parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le explicaremos cómo usted puede apelar la decisión.

Plazos para una "decisión de cubierta estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido:

- Generalmente debemos darle una respuesta **dentro de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.
 - Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta dentro de 72 horas después de recibir la justificación de su médico para su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a todo o a parte de lo que solicitó**, tenemos que **brindarle la cubierta** que aceptamos proporcionar **dentro de 72 horas** luego de recibir su solicitud o la declaración del médico que apoya su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a todo o a parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud. También le explicaremos cómo usted puede apelar la decisión.

Plazos para una “decisión de cubierta estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró:

- Tenemos que darle una respuesta **dentro de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a todo o a parte de lo que solicitó**, también tenemos que pagarle dentro de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a todo o a parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud. También le explicaremos cómo usted puede apelar la decisión.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cubierta, usted puede presentar una apelación.

- Si denegamos su solicitud, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa solicitar de nuevo la cubierta de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1
--------------------	---

Términos Legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cubierta de un medicamento de la Parte D se llama “redeterminación” .
Una “apelación rápida” también es llamada “redeterminación expedita” .

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

Paso 1: Determine si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Una "apelación estándar" se suele hacer en un plazo de 7 días. Una "apelación rápida" suele hacerse en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida"

- Si está apelando una decisión que hemos tomado sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona que le haya recetado el medicamento tendrán que decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cubierta rápida" en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro prescriptor deben ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una "apelación rápida".

- **Si está solicitando una apelación estándar, presente su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito o llamándonos.** El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Si está solicitando una apelación rápida, presente su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito o llamemos.** El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluyendo solicitudes enviadas en el formulario de solicitud de determinación de cubierta modelo de CMS, el cual está disponible en nuestra página web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto, e información acerca de su reclamación para ayudarnos a tramitar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de 60 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud para una decisión de cubierta. Si este plazo se vence y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique las razones en su apelación. Podríamos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de un motivo justificado para no cumplir con el plazo establecido: una enfermedad grave le impidió comunicarse con nosotros o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden añadir información adicional para sustentar su apelación.

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

- Cuando evaluamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cubierta. Corroboramos que hayamos seguido todas

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

las reglas al rechazar su solicitud. Podríamos comunicarnos con usted, con su médico o prescriptor para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas** luego de recibir su apelación. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es sí a todo o a parte de lo que solicitó**, tenemos que brindar la cubierta que acordamos proporcionarle dentro de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a todo o a parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud y cómo usted puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar” para un medicamento que aún no ha recibido:

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **dentro de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si todavía no ha recibido el medicamento y su condición de salud así lo requiere.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es sí a todo o a parte de lo que solicitó**, debemos brindar la cubierta que aceptamos proporcionar tan pronto lo requiera su salud, pero no más tarde de **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a todo o a parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que le explica por qué rechazamos su solicitud y cómo usted puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar” para un medicamento que ya ha comprado:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de **14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también estamos obligados a efectuar el pago en un plazo de 30 días naturales a partir el momento en que recibamos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos por qué hemos dicho que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, esto significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término Legal

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”. A veces se le denomina “**IRE**”, por sus siglas en inglés.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si nuestra decisión es correcta o si debemos cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otro prescriptor) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de "riesgo" según nuestro programa de manejo de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Nosotros le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se denomina su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionar información adicional a la organización de revisión independiente para sustentar su apelación.

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una “apelación rápida”:

- Si su salud lo requiere, solicite 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 **dentro de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una “apelación estándar”:

- Si presenta una apelación estándar de Nivel 2, la organización de revisión tiene que comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de **14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da una respuesta***Plazos para una “apelación rápida”:***

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o todo lo que usted solicitó**, debemos proveer la cubierta de medicamentos aprobada por la organización de revisión **dentro de 24 horas** después de recibir la decisión de dicha organización.

Plazos para una “apelación estándar”:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o todo lo que usted solicitó**, debemos **proveer la cubierta para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **dentro de 72 horas** después de recibir la decisión de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba una solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, se nos requiere enviarle el pago dentro de 30 días calendario después de recibir la decisión de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la organización rechaza parte o todo lo que solicito en su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte). (Esto se llama “confirmar la decisión”. o “rechazar su apelación”). En este caso la organización de revisión independiente le enviara una carta:

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

- Explicando su decisión
- Notificándole que tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cubierta de atención médica cumple con un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cubierta de medicamentos solicitada es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 será definitiva.
- Informándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Existen otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si decide continuar al Nivel 3 de apelación, la información de cómo hacerlo estará en el aviso escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cubierta para una extensión de su estadía en el hospital si usted considera que el médico le está dando de alta muy pronto

Cuando es admitido a un hospital, usted tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararle para el día en que le den de alta. También le ayudarán a coordinar el cuidado que pueda necesitar luego de que salga del hospital.

- El día que usted sale del hospital se conoce como su “**fecha de alta**”.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, usted puede pedir una hospitalización más larga y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le explicará sus derechos

Dentro de un plazo de dos días de haber sido admitido al hospital, usted recibirá un aviso por escrito titulado *Mensaje Importante de Medicare Sobre sus Derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que son admitidas en un hospital.

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

Alguien en el hospital (un trabajador social o una enfermera), si no obtiene el aviso, pídselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Afiliado. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al (1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En el aviso, se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluyendo:
 - 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 y su derecho a saber quién la pagará.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** sobre la decisión de alta del hospital si usted considera que se le está dando de alta demasiado pronto. Esta es la manera legal y formal de pedir que se retrase su fecha de alta para que su cuidado hospitalario este cubierto por más tiempo.
2. **Se le solicitará firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
 - A usted o alguien que actúe en su nombre se le solicitará firmar el aviso.
 - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con la fecha de alta.
3. **Guarde su copia** del aviso para que tenga a la mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna preocupación sobre la calidad del cuidado) en caso de que la necesite.
 - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, usted recibirá otra copia antes de la fecha de alta programada.
 - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios al Afiliado o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en la página web www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea pedir que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por más tiempo, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Afiliado. O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examina su apelación. Esta verifica si la fecha de alta programada para usted es médicamente apropiada.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno Federal para que verifique y ayude a mejorar la calidad del cuidado brindado a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas de 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 en su estado y pida una revisión rápida de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Mensaje Importante de Medicare Sobre sus Derechos*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O puede buscar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes** de salir del hospital y **no más tarde de la medianoche del día de su alta.**
 - **Si usted cumple con este plazo,** se le autorizará a permanecer en el hospital **luego** de la fecha de alta *sin tener que pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación.

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

- **Si no cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha de alta programada, *podría tener que pagar todos los costos correspondientes* al cuidado hospitalario que reciba después de la fecha de alta programada.
- Si vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea apelar, usted puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta forma adicional de presentar su apelación, vea la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión rápida de su alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente al que nos hayamos puesto en contacto, le entregaremos una **Notificación Detallada de Alta**. En esta notificación se indica la fecha prevista para el alta y se explican detalladamente las razones por las que su médico, el hospital, y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé el alta en esa fecha.

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos, llamando a Servicios al Afiliado o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver una muestra de la notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realizará una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cubierta de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Al mediodía del día después de que los revisores nos informen a nosotros sobre su apelación, usted también recibirá un aviso escrito de parte de nosotros que le indicará su fecha de alta programada y le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que se le dé de alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un plazo de un día después de tener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.***¿Qué sucede si la aceptan?***

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **debemos continuar brindándole servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos por el tiempo que sean médicamente necesarios.**

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (tales como deducibles o copagos, si estos aplican). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, esto significa que la fecha de alta programada es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cubierta para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día *después* de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **puede que tenga que 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 brinde su respuesta a la apelación.

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

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, entonces usted puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de la hospitalización luego de su fecha de alta programada.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de 60 días calendario** después del día que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Usted puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital luego de la fecha en que finalizó su cubierta por los servicios hospitalarios.

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 harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

Paso 3: Dentro de un plazo de 14 días calendario de recibir su solicitud para una segunda revisión, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión acepta:

- **Tenemos que reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindando la cubierta de cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que continuar pagando su parte de los costos y podrían aplicar limitaciones de cubierta.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Esto significa que la organización está de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama *"mantener la decisión"*.
- El aviso que recibirá le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, usted tendrá que decidir si quiere continuar y presentar una apelación de Nivel 3.

- Existen otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con el Nivel 3 de apelación, el aviso escrito le explicará cómo hacerlo.
- En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4	¿Qué sucede si vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?
--------------------	---

Término Legal

A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se le denomina “apelación expedita” .
--

Usted puede apelar a nuestro plan

Como se explica anteriormente, usted debe actuar rápidamente para comenzar el Nivel 1 de apelación de su alta hospitalaria. Si vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *Alternativa* de Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “habituales”. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

Paso 2: Nosotros hacemos una “revisión rápida” de su fecha de alta programada para verificar si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha de alta programada era médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería abandonar el hospital fue justa y siguió todas las reglas.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos aceptado que necesita continuar en el hospital después de la fecha de alta, y seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos del cuidado que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cubierta. (Usted tiene que pagar su parte de los costos y podrían aplicar limitaciones de cubierta).
- **Si rechazamos su apelación,** estamos diciendo que su fecha de alta programada era médicamente adecuada. Nuestra cubierta de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finaliza el día que dijimos que finalizaría la cubierta.
 - Si permaneció en el hospital **después** de su fecha de alta programada, entonces **usted podría tener que pagar el costo total** del cuidado hospitalario que recibió después de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se remitirá automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *Alternativa* de Nivel 2

Término Legal
El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se le denomina “ IRE ”, por sus siglas en inglés.

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

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

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, usted puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de **apelaciones**. La **Sección 10** de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación sobre su alta del hospital.
- **Si esta organización acepta su apelación**, le reembolsaremos (le devolveremos el dinero) la parte que nos corresponde de los costos por el cuidado hospitalario que recibió desde la fecha de alta programada. También debemos continuar brindando la cubierta del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si hay limitaciones de cubierta, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o por cuánto tiempo continuaremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha de alta programada era médicamente apropiada.
 - El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le explicará por escrito qué puede hacer si desea proceder con una apelación de Nivel 3, la cual es manejada por un juez administrativo o un mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Existen otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 de apelación.
- La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 **Cómo solicitar que continuemos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cubierta está terminando demasiado pronto**

Sección 8.1 Esta sección trata de tres servicios solamente: cuidado de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada, y servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés)

Cuando reciba **servicios de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante todo el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es tiempo de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de cuidado, estamos obligados a informarle por adelantado. Cuando termine su cubierta para ese cuidado, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su cuidado.*

Si cree que estamos terminando la cubierta de su cuidado demasiado pronto, **usted puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 **Le comunicaremos por adelantado cuándo se terminará su cubierta**

Término Legal

"Aviso de no cubierta de Medicare". Le indica cómo puede solicitar una **"apelación por la vía rápida"**. Solicitar una apelación por la vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cubierta sobre cuándo suspender su atención.

1. Usted recibirá un aviso por escrito al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le informará:

- La fecha en la que dejaremos de cubrir su servicio.
- Cómo solicitar una "apelación rápida" para pedirnos que sigamos cubriendo su servicio durante más tiempo.

2. Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe por usted, que firme la notificación escrita para demostrar que la ha recibido. La firma de la notificación sólo indica que ha recibido la información sobre el cese de la cobertura. **La firma no significa que esté de acuerdo con la decisión del plan de interrumpir los cuidados.**

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su cuidado por más tiempo

Si desea pedirnos que cubramos su cuidado durante un periodo más largo, usted deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Afiliado. O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examina su apelación. Ellos deciden si la fecha de terminación de sus servicios es medicamento apropiada.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal para que verifique y ayude a mejorar la calidad del cuidado brindado a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar la decisión del plan sobre cuando terminar la cubierta para ciertos tipos de cuidado médico. Medicare. 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 revisión por la vía rápida. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Aviso de no Cubierta de Medicare*) le explica cómo comunicarse con esta organización. O puede buscar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

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

Su plazo para comunicarse con esta organización:

- Si vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún usted desea apelar, usted tiene que presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta forma adicional de presentar su apelación, vea la **Sección 9.5** de este capítulo.

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realizará una revisión independiente de su caso.

Término Legal
“ Explicación Detallada de No Cubierta ”. Es un aviso que provee los detalles por los cuales estamos terminando su cubierta.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cubierta de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información provista por nuestro plan.
- Antes de que finalice el día en que los revisores nos informen de su apelación, usted también recibirá la **Explicación Detallada de No Cubierta** un aviso que explica en detalle nuestras razones para terminar la cubierta de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **tenemos que continuar brindándole servicios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (tales como deducibles o copagos, si estos aplican). Además, puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores rechazan su apelación, entonces **su cubierta terminará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de cuidado de salud en el hogar, servicios en un centro de enfermería especializada, o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *luego* de la fecha en que termina su cubierta, **usted deberá pagar el costo total** de este 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 seguir recibiendo el cuidado después de que termine la cubierta, puede presentar una apelación Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado por más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de los servicios de cuidado de la salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada, o de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le informamos terminaría su cubierta.

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo y pide otra revisión.

- Usted debe pedir esta revisión **dentro de 60 días** luego de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechace su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo el cuidado después de la fecha en que finalizó su cubierta.

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 harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.***¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?***

- **Nosotros tenemos que reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos del cuidado que ha recibido desde la fecha en que le informamos terminaría su cubierta. **Debemos continuar brindando cubierta** para su cuidado por el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted tendrá que continuar pagando su parte de los costos y podrían aplicar limitaciones de cubierta.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Esto significa que la organización está de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que recibirá le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar al siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

Paso 4: Si la rechaza, deberá decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Usted puede ir al Nivel 3 y presentar otra apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibe después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5	¿Qué sucede si vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?
--------------------	---

Usted puede apelar a nuestro plan

Como se explicó anteriormente, usted debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si vence el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *Alternativa* de Nivel 1

Término Legal
A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se le denomina “apelación expedita”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “habituales”. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las reglas al establecer la fecha para terminar la cubierta del plan de los servicios que usted estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación,** esto significa que hemos aceptado que necesita los servicios por más tiempo y continuaremos brindándole sus servicios cubiertos mientras sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cubierta. (Usted debe pagar su parte de los costos y podrían aplicar limitaciones de cubierta).

- **Si rechazamos su apelación**, su cubierta finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si usted continuó recibiendo servicios de cuidado de salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada, o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) **luego** de la fecha en que dijimos terminaría su cubierta, entonces **tendrá que pagar el costo total** de este cuidado.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término Legal
El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se le denomina “ IRE ”, por sus siglas en inglés.

Paso a paso: Proceso de apelación *Alternativa* de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos se debe cambiar. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para encargarse de la revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, usted puede presentar una queja, la **Sección 10** de este capítulo le indica cómo).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación**, entonces tenemos que reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos del cuidado que recibió desde la fecha que le informamos terminaría su cubierta. También tenemos que continuar cubriendo el

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

cuidado mientras sea médicamente necesario. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si hay limitaciones de cubierta, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o por cuánto tiempo continuaremos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiará.
- El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le explicará por escrito los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación.
- En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Apelaciones Nivel 3, 4 y 5 para servicios médicos

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, usted no puede seguir apelando. La respuesta escrita que recibirá del Nivel 2 de apelación explicará como pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. A continuación, le indicamos quiénes manejan la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado juez administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), nosotros tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Nosotros decidiremos si pasar al Nivel 4 de apelación.

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba se le indicará qué hacer si decide seguir con su apelación Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, nosotros tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Decidiremos si continuamos con el proceso de apelación Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, usted podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará si las reglas le permiten pasar, y como realizar una apelación de Nivel 5.
 -

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se acepta o no su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)**Sección 9.2 Apelaciones Nivel 3, 4, y 5 de medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del medicamento sobre el que ha apelado cumple con una cantidad determinada en dólares, usted podría pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor, usted no podrá seguir con el proceso de apelaciones. La respuesta por escrito que recibe de su apelación de Nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. A continuación, le indicamos quiénes manejan la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado juez administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones se da por terminado.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cubierta para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *podría* concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se da por concluido.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará qué hacer si decide continuar con su apelación Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones se da por terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cubierta para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *podría* concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se da por concluido.
 - Si usted no quiere aceptar la decisión, podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud para revisar la apelación,

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

el aviso que reciba le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién comunicarse y qué hacer si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se acepta o no su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al afiliado u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué clase de problemas se manejan mediante el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* aplica a ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al afiliado que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden manejarse a través del proceso de quejas.

<i>Queja</i>	<i>Ejemplo</i>
Calidad de su cuidado médico	• ¿Está insatisfecho con la calidad del cuidado que ha recibido (incluyendo el cuidado hospitalario)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al afiliado inadecuado u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en Servicios al Afiliado? • ¿Le parece que le están alentando a dejar nuestro plan?

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

<i>Queja</i>	<i>Ejemplo</i>
Tiempos de espera	• ¿Tiene dificultades para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Le han hecho esperar demasiado por médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O tuvo que esperar demasiado por Servicios al Afiliado u otro personal de nuestro plan? ○ Los ejemplos incluyen largas esperas al teléfono, en la sala de espera, en la sala de examen o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que proporciona el plan	• ¿No le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿La información que le proporcionamos por escrito es difícil de comprender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la puntualidad de nuestras acciones en relación con las decisiones de cubierta y las apelaciones)	Si usted solicita una decisión de cubierta o presenta una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, usted puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si nos solicitó una “decisión de cubierta rápida” o una “apelación rápida”, y le informamos que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con los plazos para darle una decisión de cubierta o la respuesta a una apelación que presentó, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos o medicamentos aprobados, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- En esta sección, una “**queja**” también se denomina “**querella**”.
- Otro término para “**presentar una queja**” es “**radicar una querella**”.
- Otra forma de decir “**usar el proceso para quejas**” es “**usar el proceso para radicar una querella**”.
- Una “**queja rápida**” también se llama “**queja acelerada**”.

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Usualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios al Afiliado.** Si debe hacer algo más, Servicios al Afiliado se lo indicará. Usted puede llamar Servicios al Afiliado al 1-888-620-1919, TTY 1-866-620-2520, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede poner su queja por escrito y nos la envía.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- **Si tiene una queja,** usted o su representante pueden llamar al número de teléfono de la Parte C. Vamos a intentar resolver su queja por teléfono. Si va a solicitar una respuesta por escrito que responderá por escrito a usted. **Si no podemos resolver su queja por teléfono, tenemos un procedimiento formal para revisar sus quejas. Nosotros llamamos esto Procedimiento de Querella.** Todas las querellas serán resueltas dentro de los 30 días. Usted puede ponerse en contacto con Servicios al Afiliado. También puede enviar por fax una querella por escrito al 787-993-3261, un correo electrónico (email) a appeals-grievances@sssadvantage.com, por correo a PO Box 11320, San Juan, Puerto Rico 00922 o visitarnos en nuestra Oficina Central en 1441 Avenida Franklin D. Roosevelt, San Juan, PR 00920 o visite cualquiera de nuestras oficinas regionales a través de toda la Isla. Si ha designado a un representante para presentar su queja o querella, que tendrá que proporcionar una declaración de nombramiento que incluye su nombre, su número Medicare, una declaración de que designa a una persona como su representante (“YO (nombre del afiliado) nombro a (nombre del representante) a actuar como mi representante para presentar una querella en mi nombre”). Usted y su representante tienen que firmar y poner fecha al formulario. Si usted no proporciona este formulario, puede retrasar la respuesta.
Usted o su representante se le puede pedir que firme una liberación de expedientes médicos de Triple-S Advantage, Inc. si cree que es necesario hacer una revisión de los mismos a fin de resolver su queja o querella.
Nosotros tenemos que comunicarle nuestra decisión acerca de su querella tan pronto como su caso requiere en función de su estado de salud, pero no más tarde de 30 días

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

calendario después de recibir su queja. Es posible extender el plazo hasta 14 días calendario si usted lo solicita la prórroga, o si se justifica la necesidad de información adicional y la demora es en su mejor interés. Si no está satisfecho con nuestra determinación, y su queja o querella no se relacionaron con la calidad de los cuidados o la calidad del servicio, puede solicitar una audiencia ante el Comité de Gestión de la Calidad. La audiencia se celebrará 14 días naturales a partir de su petición para una audiencia. Usted será notificado de la fecha de la audiencia por lo menos 5 días hábiles de antelación. Calidad de la atención y la calidad de los servicios se resuelve a través del Comité de Examen y se le notificará por escrito de los resultados.

Nosotros tenemos que tratar de resolver su queja tan pronto como su caso requiere en función de su estado de salud, pero no más tarde de 30 días después de recibir su queja. Es posible extender el plazo por un máximo de 14 días, si usted pide la extensión, o si nosotros justificamos la necesidad de información adicional y la demora es en su mejor interés.

La querella tiene que presentarse dentro de los 60 días del evento o incidente. Tenemos que tratar de resolver su querella tan pronto como su caso requiere en función de su estado de salud, pero no más tarde de 30 días después de recibir su queja. Se puede ampliar el plazo de hasta 14 días si usted solicita la extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es en su mejor interés. Si negamos su querella en su totalidad o en parte, nuestra decisión por escrito explicará las razones por las que hemos negado, y le dirá sobre las opciones de solución de controversias que pueda tener.

- La **fecha límite** para presentar la queja es dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se denegó su solicitud de una “decisión de cubierta rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida”.** Si se le ha concedido una “queja rápida”, esto significa que le daremos una respuesta **dentro de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de su queja, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos, incluiremos nuestras razones para darle esta contestación.

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)**Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**

Cuando su queja es sobre la *calidad del cuidado*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directo a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en cuidado médico pagados por el gobierno federal para evaluar y mejorar el cuidado brindado a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede presentarle su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre Óptimo Xtra directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Terminar su afiliación al plan

SECCIÓN 1 Introducción a terminar su afiliación a nuestro plan

Terminar su afiliación a Óptimo Xtra puede ser algo **voluntario** (por elección propia) o **involuntario** (no por elección propia):

- Puede que deje nuestro plan porque ha decidido que *desea* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proveen información para terminar su membresía voluntariamente.
- También existen situaciones limitadas en las que usted no elige dejar el plan, pero nos vemos obligados a terminar su afiliación. La Sección 5 describe las situaciones en las que podemos terminar su afiliación.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proveyendo su cuidado médico y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su afiliación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan?

Sección 2.1	Puede cancelar su afiliación durante el Periodo de Afiliación Anual
--------------------	--

Puede cancelar su afiliación a nuestro plan durante el **Periodo de Afiliación Anual** (también conocido como el “Periodo de Afiliación Anual Abierta”). Este es el momento en el que debe revisar su cubierta de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre la cubierta para el próximo año.

- El **Periodo de Afiliación Anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Puede elegir mantener su cubierta actual o hacer cambios en su cubierta para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin un plan que cubra medicamentos recetados.
 - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare
 - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
 - Si escoge esa opción, Medicare podría afiliarlo automáticamente en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por la exclusión de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su afiliación en un plan de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cubierta "acreditable" para medicamentos recetados por 63 días

consecutivos o más, usted podría tener que pagar una penalidad por afiliación tardía a la Parte D si se inscribe luego en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su afiliación a nuestro plan** finalizará cuando comience la cubierta de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2	Puede cancelar su afiliación durante el Periodo de Afiliación Abierta de Medicare Advantage
--------------------	--

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cubierta de salud durante el **Periodo de Afiliación Abierta de Medicare Advantage**.

- **El Periodo de Afiliación Abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero hasta el 31 de marzo.
- **Durante el Periodo de Afiliación Abierta de Medicare Advantage**, usted puede:
 - Cambiar a otro plan de salud de Medicare con o sin un plan que cubra medicamentos recetados.
 - Cancelar la afiliación a nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiar a Medicare Original durante este periodo, también puede inscribirse en otro plan de medicamentos recetados de Medicare en ese momento
- **Su afiliación terminará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su afiliación al plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En ciertas situaciones, puede cancelar su afiliación durante un Periodo de Afiliación Especial
--------------------	---

En ciertas situaciones, los afiliados del Óptimo Xtra pueden ser elegibles para cancelar su afiliación en otros momentos del año. Esto se conoce como un **Periodo de Afiliación Especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su afiliación durante el Periodo de Afiliación Especial. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov):

- Usualmente, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
- Si incumplimos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo cuidado en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de cuidado a largo plazo (LTC).

Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10 le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los periodos de afiliación varían según su situación.

Para saber si es elegible para un Periodo de Afiliación Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su afiliación debido a una situación especial, usted puede elegir cambiar tanto su cubierta de salud como su cubierta para medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare

O

- Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: Si cancela su afiliación en un plan de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cubierta "acreditable" para medicamentos recetados por 63 días consecutivos o más, usted podría tener que pagar una penalidad por afiliación tardía a la Parte D si se inscribe luego en un plan de medicamentos de Medicare.

Su afiliación usualmente terminará el primer día del mes después que recibamos su solicitud de cambio.

Si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si usted se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de Medicare que cubra medicamentos recetados, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por excluirse del proceso de afiliación automática.

Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su afiliación?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta sobre cuándo puede cancelar su afiliación:

- Puede **llamar a Servicios al Afiliado**.
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare y Usted 2023*.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su afiliación a nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su afiliación a nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su afiliación a Óptimo Xtra se terminará automáticamente cuando comience su cubierta en el nuevo plan.
• Medicare Original <i>con</i> un plan separado de medicamentos recetados de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. • Su afiliación a Óptimo Xtra se terminará automáticamente cuando comience su cubierta en el nuevo plan.
• Medicare Original <i>sin</i> un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.	• Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la afiliación. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios al Afiliado. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicitar que se cancele su afiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su afiliación a Óptimo Xtra se terminará cuando comience su cubierta en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que se termine su afiliación, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su afiliación a nuestro plan y comience su nueva cubierta de Medicare debe continuar obteniendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe seguir utilizando los proveedores de nuestra red para recibir su cuidado médico.**

- **Debe seguir usando las farmacias de nuestra red o el servicio por correo para obtener sus medicamentos recetados.**
- **Si es hospitalizado el día que finaliza su afiliación, por lo general su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta (incluso si es dado de alta luego de que comience su nueva cubierta médica).**

SECCIÓN 5 Óptimo Xtra debe terminar su afiliación al plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su afiliación al plan?

Óptimo Xtra debe terminar su afiliación al plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio.
 - Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses. Si se muda o realiza un viaje largo, usted tiene que llamar a Servicios al Afiliado para conocer si el lugar al que se muda o viaja está dentro de nuestra área de servicio.
- Si es encarcelado (va a la cárcel).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cubierta para medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos provee información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si continuamente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos cuidado médico a usted y a otros afiliados del plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de afiliado para obtener cuidado médico. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si terminamos su afiliación por esta razón, Medicare podrá referir su caso para que sea investigado por el Inspector General.
- Si usted debe pagar una cantidad adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare terminará su afiliación a nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Puede llamar a Servicios al Afiliado si tiene preguntas o para obtener más información sobre cuándo podemos terminar su afiliación.

Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud
--------------------	---

Óptimo Xtra no está autorizado a pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por motivos relacionados con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su afiliación a nuestro plan
--------------------	---

Si terminamos su afiliación a nuestro plan, tenemos la obligación de darle las razones de dicha decisión por escrito. Además, tenemos que explicarle cómo puede radicar una querrela o presentar una queja sobre nuestra decisión de terminar su afiliación.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

La ley principal que aplica a este documento *Evidencia de Cubierta* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo esta ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que apliquen otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aun cuando las leyes no estén incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivo de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, orientación sexual, experiencia en 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, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes que aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que aplique por cualquier otra razón.

Si desea más información o le preocupa la discriminación o el trato injusto, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con acceso a cuidado, llámenos a Servicios al afiliado. Si tiene una queja, como un problema con acceso en silla de ruedas, Servicios al afiliado puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare por los que Medicare no es el pagador primario. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), Óptimo Xtra, como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que el secretario ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Notificación sobre la Carta de Derechos y Responsabilidades del Pacientes

La Ley 194 del 25 de agosto de 2000 conocida como la “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente”, dispone los derechos y responsabilidades de los usuarios de servicios de salud médico-hospitalarios en Puerto Rico.

El derecho a una alta calidad de Servicios de Salud

Todo individuo tiene el derecho a recibir la más alta calidad de servicios de salud, consistente con los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina.

Derechos en cuanto a la obtención y divulgación de información

Usted tiene el derecho a recibir información exacta, confiable y fácil de entender sobre su plan de salud tal como:

- Primas y copagos a pagar
- *Directorio de Proveedores y Farmacias*
- Acceso a especialistas y servicios de emergencia
- Proceso de pre-autorizaciones y quejas

El derecho en cuanto a la selección de planes y proveedores

Todo individuo tiene derecho a la libre selección de sus proveedores de servicios de salud de entre los proveedores contratados por el afiliador. La red de proveedores tiene que ser adecuada y suficiente para garantizar acceso, sin demora irrazonable a todos los servicios cubiertos incluyendo especialistas bajo el plan de salud.

El derecho del paciente a la continuación de servicios de cuidado de salud

En caso de cancelación del proveedor o que el patrono cese de proveer plan de salud, el afiliado tiene que ser notificado de dicha cancelación con por lo menos 30 días de anticipación. En caso de cancelación y sujeto al pago de la prima, el afiliado tendrá derecho a continuar recibiendo los beneficios por un período de transición de 90 días. En caso de una mujer embarazada y la cancelación ocurre en el segundo trimestre de embarazo, el período de transición se extenderá hasta la fecha de alta de la madre después del parto o de la fecha de alta del neonato, la que fuera última. En caso de pacientes terminales el período de transición se extenderá durante el tiempo restante de la vida del paciente o 6 meses lo que sea menor.

El derecho en cuanto al acceso a servicios y facilidades de emergencia

Acceso libre e irrestricto a servicios y facilidades de emergencia cuando y donde surja la necesidad y sin pre-autorización ni períodos de espera.

El derecho a participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento

- Usted tiene el derecho a participar o que una persona de su plena confianza participe plenamente de las decisiones sobre su cuidado médico.
- Usted tiene el derecho a recibir toda la información necesaria y las opciones de tratamiento disponibles, los costos, riesgos y probabilidades de éxito de dichas opciones.
- Su proveedor de servicios de salud tiene que respetar y acatar sus decisiones y preferencias de tratamiento.
- Ningún plan de cuidado de salud puede imponerle cláusulas de mordaza o penales, ni ningún otro tipo de mecanismo que interfiera con la comunicación médico-paciente.
- Todo profesional de la salud deberá proveerle la orden médica para pruebas de laboratorio, rayos-X o medicamentos para que usted pueda escoger la facilidad en que recibirá los servicios.

El derecho en cuánto a respeto y trato equitativo

Usted tiene el derecho a recibir trato equitativo de parte de cualquier proveedor de servicios de salud en todo momento, sin importar raza, color, género, edad, religión, origen, ideología, incapacidad, información médica o genética, condición social, orientación sexual o capacidad o forma de pago.

El derecho a confidencialidad de información y récords médicos

- Usted tiene el derecho a comunicarse libremente y sin temor con sus proveedores de servicios médicos.
- Usted tiene el derecho a tener la confianza de que sus récords médicos serán mantenidos en estricta confidencialidad y no serán divulgados sin su autorización excepto para fines médicos o de tratamiento, por orden judicial o por autorización específica de la ley.
- Usted tiene el derecho a obtener recibo de los gastos incurridos por concepto del pago total o parcial, de copagos o coaseguros. El recibo tiene que especificar la fecha del servicio, nombre, número de licencia y especialidad del proveedor, nombre del paciente y de la persona que paga por los servicios, desglose de los servicios, cantidad pagada y firma oficial autorizada.
- Usted tiene el derecho a acceder u obtener copia de su expediente médico. Su médico tiene que entregarle copia del expediente médico en un término de 5 días laborables contados desde su petición. Los hospitales tienen un término máximo de 15 días laborables. Pueden cobrarle hasta \$0.75 por página, pero no más de \$25.00 por el expediente completo. De romperse la relación médico-paciente, usted tiene derecho a solicitar el expediente original libre de costo, sin importar si tiene alguna deuda con el proveedor de servicios de salud.

Derechos en cuánto a quejas y agravios

Todo proveedor de servicios de salud o afiliador tendrá disponible un procedimiento para resolver de manera rápida y justa cualquier queja que un afiliado presente y tendrá mecanismos de apelación para la reconsideración de las determinaciones.

Su responsabilidad como paciente es:

- Proveer la información necesaria sobre planes médicos y el pago de cualquier cuenta. Conocer las reglas de coordinación de beneficios e informar al afiliador cualquier instancia o sospecha de fraude contra el seguro de salud. En caso de sospecha de fraude contra el seguro de salud, usted deberá comunicarse con nuestro Departamento de Servicios al Afiliado al 1-888-620-1919 (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-620-2520). El horario es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o a través de nuestra página de internet www.sssadvantage.com.
- Proveer la información más completa y precisa sobre su condición de salud, incluyendo enfermedades anteriores, medicamentos, etc. Participar en toda decisión relacionada con su cuidado médico. Conocer los riesgos y límites de la medicina.
- Conocer la cubierta, opciones, beneficios y otros detalles del plan de salud.
- Cumplir con los procedimientos administrativos de su plan de salud.
- Adoptar un estilo de vida saludable.
- Informar al médico cambios inesperados en su condición.
- Informar que entiende claramente el curso de acción recomendado por el profesional de la salud.
- Proveer copia de su declaración previa de voluntad.
- Informar al médico si anticipa problemas con el tratamiento prescrito.
- Reconocer la obligación del proveedor de ser eficiente y equitativo al proveer cuidado a otros pacientes.
- Ser considerado, de modo que las necesidades del hospital, otros pacientes, los empleados médicos y otros no sean afectados por sus acciones.
- Ser considerado, de modo que su comportamiento en particular no afecte a otros afiliados y pacientes.

Resolver cualquier diferencia a través de los procedimientos establecidos por la aseguradora.

SECCIÓN 5 Concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association

El afiliado, por el presente, reconoce expresamente su comprensión de que esta póliza constituye un contrato únicamente entre el afiliado y Triple-S Advantage, Inc., que es una corporación independiente y opera bajo licencia de la Asociación BlueCross BlueShield, una asociación de planes independientes Blue Cross y BlueShield (la Asociación) que permite a Triple-S Advantage, Inc. utilizar las Marcas de servicio BlueCross BlueShield en Puerto Rico y que Triple-S Advantage, Inc. no se desempeña como un agente de la Asociación. El afiliado además reconoce y acepta que no ha entrado en esta póliza basándose en las representaciones de ninguna persona que no sea Triple-S Advantage, Inc. y que ninguna persona, entidad u organización que

CAPÍTULO 11: Avisos legales

no sea Triple-S Advantage, Inc. será responsable o responsable de cualquiera de las obligaciones de Triple-S Advantage, Inc. con el afiliado creado bajo esta póliza. Este párrafo no creará ninguna obligación adicional por parte de Triple-S Advantage, Inc. que no sean las obligaciones creadas bajo otras disposiciones de este acuerdo.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de términos importantes

Afiliado (Afiliado de Nuestro Plan o “Afiliado del Plan”): Una persona con Medicare y elegible para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya afiliación ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Apelación: Es un proceso que realiza si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de servicios de cuidado de salud, 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: Un área geográfica donde usted debe vivir para afiliarse a un plan en particular. Por lo general, para los planes que limitan a qué médicos y hospitales puede acudir, también es el área donde puede obtener servicios rutinarios (no de emergencia). El plan tiene que terminar su afiliación si se muda fuera del área de servicio de manera permanente.

Asistente Para el Cuidado de la Salud en el Hogar: Es una persona que brinda servicios que no requieren las destrezas profesionales de enfermeros o terapeutas certificados, tal como ayudar con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Ayuda Adicional: Un programa de Medicare o del estado para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como las primas, los deducibles y el coaseguro.

Cantidad de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés): Si su ingreso bruto ajustado modificado como se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de un cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Cantidad Máxima de Bolsillo Dentro de la Red: la cantidad máxima que pagará por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B recibidos de proveedores de la red (preferidos). Una vez alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red durante el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance la cantidad combinada de gastos de su bolsillo, deberá seguir pagando su parte de los costos cuando busque atención de un proveedor fuera de la red (no preferido).

Cantidad Máxima de Desembolso Combinada: es la cantidad máxima que pagará en un año por todos los servicios de la Parte A y la Parte B, tanto de los proveedores de la red (preferidos) como de los proveedores fuera de la red (no preferidos).

Cantidad Máxima que Paga de su Bolsillo: La cantidad máxima que usted paga en desembolsos durante el año calendario por servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Las cantidades que usted paga por las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare,

penalidad por afiliación tardía a la Parte D, y los medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima que paga de su bolsillo.

Centro de Cirugía Ambulatoria: Un centro que funciona exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supere las 24 horas

Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés): Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): Es la agencia federal que administra Medicare.

Coaseguro: Una cantidad que podría tener que pagar, expresada en porcentaje, (por ejemplo , 20%) como su parte de los costos por medicamentos recetados o servicios.

Copago: Una cantidad que podría tener que pagar como su parte del costo de un servicio o artículo médico, ya sea una visita médica, una visita hospitalaria ambulatoria o un medicamento recetado. Un copago es, por lo general, una cantidad fija, (ejemplo – \$10), en vez de un porcentaje

Costo Compartido: Se refiere a las cantidades que un afiliado tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos – (1) toda cantidad deducible que un plan pueda imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad de “copago” fijo que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier cantidad de “coaseguro”, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento, requerida por el plan cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo Compartido Estándar: Es el costo compartido ofrecido en una farmacia de la red aparte del costo compartido preferido.

Costo Compartido Preferido: Significa un costo compartido menor para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

Costos que Paga de Su Bolsillo: Vea la definición de “costo compartido”. El requisito de costo compartido de un afiliado para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo “de su bolsillo” de un afiliado.

Cubierta Acreditable Para Medicamentos Recetados: Cubierta para medicamentos recetados (por ejemplo, de un patrono o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cubierta para medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cubierta, cuando sean elegibles para Medicare, pueden normalmente seguir

con esa cubierta sin pagar una penalidad si deciden inscribirse más tarde en un plan de cubierta para medicamentos recetados de Medicare.

Cubierta Para Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro que ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suplidos que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Cuidado de Custodia: Es el cuidado personal proporcionado en un hogar de ancianos, hospicio u otro centro cuando no se requiere atención médica o de enfermería especializada. El cuidado de custodia es proporcionado por personas que no tienen habilidades ni capacitación profesional, incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de actividades de cuidado de la salud que la mayoría de las personas realizan por su cuenta, como echarse gotas en los ojos. Medicare no paga por cuidado de custodia.

Cuidado de Emergencia: Servicios cubiertos que son – (1) realizados por un proveedor cualificado para ofrecer servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés): Servicios de cuidado de enfermería especializada y rehabilitación brindados a diario en un centro de enfermería especializada. Ejemplos incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un enfermero graduado registrado o un médico.

Cuidado Necesario de Urgencia: Servicios cubiertos que no son una emergencia, provistos cuando los proveedores de la red no están disponibles o están inaccesibles temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

Desafiliarse o Desafiliación: El proceso de cancelación de su afiliación a nuestro plan.

Determinación de Cubierta: Una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y la cantidad, si alguna, que deberá pagar por el medicamento. Por lo general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, esto no es una determinación de cubierta. Debe llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cubierta formal. Las determinaciones de cubierta son llamadas “decisiones de cubierta” en este documento.

Determinación Organizacional: El plan Medicare Advantage ha tomado una determinación organizacional cuando toma una decisión sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos, las determinaciones organizacionales se denominan “decisiones de cubierta” en este documento.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre la salud y la medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de vida, (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida del bebé no nacido) la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que empeora rápidamente.

Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés): Cierta equipo médico ordenado por su médico por razones médicas. Ejemplos de equipo médico duradero incluyen: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suplidors para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Etapas de Cubierta Catastrófica: Es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o coaseguro menor por sus medicamentos después de que usted u otras personas cualificadas en su nombre hayan gastado \$7,400 en medicamentos cubiertos durante el año de cubierta.

Etapas de Cubierta Inicial: Esta es la etapa antes de que sus costos totales por sus medicamentos, incluyendo las cantidades que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año alcancen \$4,660.

Evidencia de Cubierta (EOC, por sus siglas en inglés) e información de divulgación: En este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, anexo u otra cubierta opcional seleccionada, se explica su cubierta, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que tiene que hacer usted como afiliado de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de decisión de cubierta que, de ser aprobada, le permite recibir un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario (una excepción al formulario), u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido inferior (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Facturación de Saldos: Cuando un proveedor (un médico o el hospital) le cobra al paciente por encima de la cantidad del costo compartido permitido del plan. Como afiliado de Óptimo Xtra, solo tiene que pagar las cantidades de costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le envíen una “factura de saldo” o que, de otra manera, cobren más de la cantidad del costo compartido que su plan indica que usted debe pagar.

Farmacia de la Red: Farmacia en la que los afiliados de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia Fuera de la Red: Una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que apliquen ciertas condiciones.

Hospicio: Un beneficio que proporciona un tratamiento especial a un afiliado que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su zona geográfica. Si elige el hospicio y sigue pagando las primas, sigue siendo afiliado de nuestro plan. Puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: Cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir cuidados médicos especializados. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, usted podría ser considerado un “paciente ambulatorio”.

Indicación Medicamento Aceptada: El uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o avalado por determinados libros de referencia.

Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI, por sus siglas en inglés): Es un beneficio mensual pagado por el Seguro Social para las personas con discapacidad, ciegas o de 65 años o más con ingresos y recursos limitados. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Límites de Cantidad: Una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un periodo específico.

Límite de Cubierta Inicial: El límite máximo de cubierta en la Etapa de Cubierta Inicial.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o “Lista de Medicamentos”): Una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Medicaid (o Asistencia Médica): Un programa conjunto Estatal y Federal que ayuda a cubrir los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de cuidado médico si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicamento Necesario: Los medicamentos, servicios o suplidos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la buena práctica médica.

Medicamento de Marca: Medicamento recetado manufacturado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento.

Sin embargo, los medicamentos genéricos son manufacturados y vendidos por otros manufactureros de medicamentos y, por lo general, no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Medicamento Genérico: Un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés), ya que tiene el/los mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento de marca. Un medicamento “genérico” funciona de la misma manera que un medicamento de marca y con frecuencia es de menor costo.

Medicamentos de la Parte D: Son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso específicamente excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cubierta de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben ser cubiertos por todos los planes.

Medicamentos Cubiertos: El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicare: Programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las personas con fallo renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón).

Medicare Original: (“Medicare Tradicional” o Medicare “Pago por Servicio”): El plan Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren al pagarle a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud las cantidades establecidas por el Congreso. Usted puede ir a cualquier médico, hospital o proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todos los Estados Unidos.

Médico de elección (POC por sus siglas en inglés): El médico u otro proveedor al que usted acude en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe ver a su médico de cabecera antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Nivel de Costo Compartido: Cada medicamento en la Lista de Medicamentos Cubiertos está en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, mientras más elevado sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que le corresponderá pagar por el medicamento.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés): Un grupo de médicos practicantes y otros expertos del cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para evaluar y mejorar el cuidado que se provee a los pacientes de Medicare.

Parte C: Vea “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Penalidad por Afiliación Tardía de la Parte D: Una cantidad que se añade a su prima mensual para la cubierta de medicamentos de Medicare si no tiene una cubierta acreditable (una cubierta que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cubierta estándar de medicamentos recetados de Medicare) por un período continuo de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Periodo de Afiliación Abierta de Medicare Advantage: Un tiempo establecido cada año cuando los afiliados de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su afiliación en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener su cubierta a través de Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original durante este período, también puede afiliarse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El Periodo de Afiliación Abierta de Medicare Advantage es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, y también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Periodo de Afiliación Anual: El tiempo establecido, durante cada otoño, en el que los afiliados pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Medicare Original. El Periodo de Afiliación Anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Periodo de Afiliación Especial: Un tiempo determinado para que los afiliados puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Medicare Original. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Periodo de Afiliación Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos, o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Periodo de Afiliación Inicial: Cuando usted es elegible por primera vez para acogerse a Medicare, es el periodo de tiempo en el que puede inscribirse a la Parte A y la Parte B de Medicare. Si usted es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Periodo de Afiliación Inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años. Este periodo incluye el mes en que usted cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Periodo de Beneficios: La manera en que Medicare Original mide su uso de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). El periodo de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios para pacientes hospitalizados (o de enfermería especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si usted ingresa al hospital o al centro de enfermería especializada después de la finalización de un periodo de beneficios, entonces comenzará un nuevo periodo de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de periodos de beneficios.

Plan Medicare Advantage (MA): A veces llamado la Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un

plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés), un plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), un plan Privado de Pago por Servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA, por sus siglas en inglés). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage, HMO o PPO, puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP por sus siglas en inglés). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cubierta para medicamentos recetados). Estos planes se llaman planes Medicare Advantage con Cubierta de Medicamentos Recetados

Plan de Necesidades Especiales: Un tipo de plan Medicare Advantage especial que proporciona atención médica más focalizada para determinados grupos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que residen en hogares de ancianos o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de Necesidades Especiales Institucional (I-SNP, por sus siglas en inglés): Este es un plan al que se pueden afiliar las personas elegibles que residan o se espera que residan de forma continua por 90 días o más en un centro de cuidado a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir los centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés), centros de enfermería (NF, por sus siglas en inglés) o ambos; Centros de Cuidado Intermedio para personas con retraso mental (ICF/MR, por sus siglas en inglés), centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados y/o centros aprobados por CMS que prestan servicios similares de atención de salud a largo plazo cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y un estado de salud similares a los de los otros tipos de centros mencionados.

Plan de Necesidades Especiales Institucional Equivalente (IE-SNP, por sus siglas en inglés): Un plan que inscribe a las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de cuidado institucional según la evaluación del Estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de cuidado del Estado correspondiente y debe administrarse por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la afiliación de personas que viven en una residencia de vivienda asistida (ALF, por sus siglas en inglés) contratada, si fuera necesario, para garantizar que se brinde cuidado especializado uniforme

Plan de Necesidades Especiales para Personas Doblemente Elegibles (D-SNP, por sus siglas en inglés): Plan al que se pueden afiliar las personas elegibles a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad del individuo.

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 el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costo de Medicare, los Programas Piloto/Demostraciones y los Programas de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE, por sus siglas en inglés).

Plan Medicare Advantage (MA): A veces llamado la Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés), un plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), un plan Privado de Pago por Servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA, por sus siglas en inglés). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage, HMO o PPO, puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP por sus siglas en inglés). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cubierta para medicamentos recetados). Estos planes se llaman planes **Medicare Advantage con Cubierta de Medicamentos Recetados**.

Plan Organización de Proveedores Preferidos (PPO) – Es un Plan de Medicare Advantage que dispone de una red de proveedores contratados que acordaron atender a los afiliados del plan por el pago de un monto específico. Un Plan (PPO) debe cubrir todos los beneficios del plan que se reciben de proveedores tanto dentro como fuera de la red. Los costos compartidos de los afiliados generalmente serán más elevados cuando se reciben los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los gastos directos de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre los gastos directos de su bolsillo combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Póliza “Medigap” (seguro suplementario de Medicare): El seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir las brechas en la cubierta de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Pre-autorización: Aprobación previa para obtener servicios o ciertos medicamentos. En la parte de la red de un PPO, algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos sólo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nuestro plan. En un PPO, no necesita autorización previa para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red, puede consultar al plan para confirmar que el servicio está cubierto por su plan y cuál es su costo compartido. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Programa de Descuentos para la Brecha en la Cubierta de Medicare: Un programa que provee descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los afiliados de la Parte D que han alcanzado la Etapa de Brecha en la Cubierta y que aún no estén recibiendo “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuentos.

Prostéticos y Aparatos Ortopédicos: Dispositivos médicos que incluyen, pero no se limitan a, soportes para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los

dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, tales como suplidos para ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de la Red: “Proveedor” es el término general que utilizamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y el estado para proveer servicios y cuidado de salud. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con ellos o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se pueden denominar “proveedores del plan”.

Proveedor o Centro Fuera de la Red: Un proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o provee servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados ni pertenecen ni operan con nuestro plan.

Queja: El nombre formal para “presentar una queja” es “radicar una querella”. El proceso de quejas aplica a ciertos tipos de problemas solamente. Estos incluyen los problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue el periodo de tiempo en el proceso de apelación.

Querella: Tipo de queja que usted somete sobre nosotros o las farmacias, incluyendo una queja relacionada con la calidad de su cuidado. Este tipo de queja no está relacionado con controversias sobre cubierta o pagos.

Servicios al Afiliado: Un departamento incluido en nuestro plan, que es responsable de responder a sus preguntas sobre su afiliación, sus beneficios, sus querellas y sus apelaciones. Vea el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios al Afiliado.

Servicios Cubiertos: El término general que utilizamos para incluir todos los suplidos y servicios de cuidado médico cubiertos por nuestro plan.

Servicios Cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios Cubiertos por Medicare no incluye beneficios extra, como visión, dental o audición, que un plan Medicare Advantage pueda ofrecer.

Servicios de Rehabilitación: Estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés): Vea “Ayuda Adicional”.

Tarifa por Despacho: Una tarifa que se cobra cada vez que se prepara un medicamento cubierto para pagar el costo de despachar una receta, como el tiempo que le toma al farmacéutico preparar y despachar la receta.

CAPÍTULO 12: Definiciones de términos importantes

Tasa de Costo Compartido Diaria: Es posible que se aplique una “tasa de costo compartido diaria” cuando su médico le receta un suplido de ciertos medicamentos para menos de un mes completo y usted deba pagar un copago. La tasa de costo compartido diaria es el copago dividido por la cantidad de días de un suplido para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo – si su copago para el suplido de un medicamento para un mes es de \$30, y un suplido para un mes en su plan es de 30 días, su “tasa de costo compartido diaria” es \$1 por día.

Terapia Escalonada: Herramienta de utilización que requiere que usted primero intente tratar su condición médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que el médico inicialmente le recetó.

Servicios al Afiliado de Óptimo Xtra

Método	Servicios al Afiliado: Información de Contacto
LLAME AL	1-888-620-1919 Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Servicios al Afiliado también ofrece un servicio gratuito de intérpretes para las personas que no hablan español.
TTY	1-866-620-2520 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	787-620-0931
ESCRIBA A	Triple-S Advantage, Inc. PO Box 11320 San Juan, Puerto Rico 00922-1320
PÁGINA WEB	www.sssadvantage.com

Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada (SHIP de Puerto Rico)

La Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada (SHIP de Puerto Rico) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de Contacto
LLAME AL	1-877-725-4300 San Juan 1-800-981-7735 Ponce 1-800-981-0056 Mayagüez
TTY	787-919-7291 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o del habla.
FAX	787-919-7969
ESCRIBA A	Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada PO Box 191179 San Juan, Puerto Rico 00919-1179
PÁGINA WEB	www.oppea.pr.gov

Declaración de divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (PRA, por sus siglas en inglés). De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recolección de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Triple-S Advantage, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina a base de raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Triple-S Advantage, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística están disponibles libre de cargo para usted. Llame al: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher

erreichen Sie unter 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону (1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें (1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan (1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)**にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。