Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de cobertura para 2027:

Sus beneficios y servicios médicos de Medicare y su cobertura de medicamentos como miembro de Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP)

En este documento se proporcionan detalles de su cobertura médica y para medicamentos de Medicare desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

- Su prima del plan y los costos compartidos;
- Los beneficios médicos y de medicamentos;
- cómo presentar una queja si no está conforme con un servicio o tratamiento;
- cómo comunicarse con nosotros; y
- otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP), es ofrecido por PERENNIAL ADVANTAGE OF COLORADO, INC. (En esta Evidencia de Cobertura, “nosotros”, “nos” o “nuestro” hacen referencia a PERENNIAL ADVANTAGE OF COLORADO, INC. Cuando se habla de “plan” o “nuestro plan”, significa Perennial Advantage Premier [HMO-POS I-SNP]).
Este documento también está disponible en braille y en tamaño de letra grande.
Los beneficios o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2028.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)

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

Índice.

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 5

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) 5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 6
SECCIÓN 3 ¿Qué puede esperar al unirse a nuestro plan por primera vez? 8
SECCIÓN 4 Documentación importante de afiliación 9
SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027 11
SECCIÓN 6 Más información sobre la prima mensual de su plan 17
SECCIÓN 7 Mantener actualizado su registro de afiliación al plan 19
SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 20

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 23

SECCIÓN 1 Contactos de Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) 23
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 27
SECCIÓN 3 Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado (SHIP) 29
SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) 30
SECCIÓN 5 Seguro Social 31
SECCIÓN 6 Medicaid 32
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados 33
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) 38
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador 39

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos 40

SECCIÓN 1 Cómo obtener cuidado médico como miembro de nuestro plan 40
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red de nuestro plan para obtener cuidado médico 42
SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad de cuidado urgente 47
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 49
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 50

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 52
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 53

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 56

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 56
SECCIÓN 2 En la Tabla de beneficios médicos se muestran sus beneficios y costos médicos....58
SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) 128

CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D 131

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan....131
SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan....132
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan 136
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura 139
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted quisiera....140
SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede modificarse durante el año....144
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos....147
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 148
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 149
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 151

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D..... 154

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 154
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP)....157
SECCIÓN 3 Su *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra....157

SECCIÓN 4 No hay deducible para Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) 160
SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial 160
SECCIÓN 6 Etapa de cobertura en situaciones catastróficas 165
SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D 165

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos 168

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 168
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 171
SECCIÓN 3 Evaluaremos su solicitud de pago y le comunicaremos si fue aprobada o no 172

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 174

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales....174
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan....181

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 183

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud 183
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada 184
SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema....184
SECCIÓN 4 Guía de decisiones de cobertura y apelaciones 185
SECCIÓN 5 Cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación....189
SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación....199
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto....211
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si siente que su cobertura está finalizando demasiado pronto....217
SECCIÓN 9 Cómo elevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 222

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes. 226

CAPÍTULO 10: Cómo cancelar la afiliación en nuestro plan 231

SECCIÓN 1 Cómo cancelar su afiliación en nuestro plan 231
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su afiliación en nuestro plan? 231
SECCIÓN 3 Cómo cancelar su afiliación en nuestro plan 233
SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su afiliación, debe seguir recibiendo sus productos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan 234
SECCIÓN 5 Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) debe finalizar la membresía en su plan en ciertas situaciones 234

CAPÍTULO 11: Avisos legales 237

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 237
SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación 237
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 238

CAPÍTULO 12: Definiciones..... 239

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

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

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

Usted tiene cobertura de Medicare y eligió obtener su cobertura médica y de medicamentos de Medicare a través de Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP).

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

Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan de Necesidades Especiales de Medicare Advantage), lo que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades de cuidado médico especial. Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) está destinado a personas que residen en una institución (como un hogar de ancianos) o viven en la comunidad, pero que necesitan un nivel de atención que, generalmente, se proporciona en un hogar de ancianos.

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

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte del contrato que celebramos con usted sobre cómo Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) cubre su cuidado. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la Lista de medicamentos cubiertos

(formulario) y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones adicionales que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan cláusulas adicionales o enmiendas.

El contrato está vigente para los meses en los que esté inscrito en Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) después del 31 de diciembre de 2027. Después del 31 de diciembre de 2027, también podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) cada año. Puede seguir recibiendo cada año la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan, siempre y cuando decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación de dicho plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

- Tener la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Vivir en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente allí.
- Es ciudadano o nacional de los Estados Unidos o un no ciudadano elegible.
- Cumplir con los requisitos de elegibilidad específicos que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan

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

Usted es elegible para nuestro plan si cumple con uno de estos requisitos:

- Vive en un hogar de ancianos disponible a través de nuestro plan. Consulte el Directorio de proveedores (PerennialAdvantage.com) de nuestro plan para obtener una lista de los hogares de ancianos contratados o llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicítenos que le enviemos una lista.
- Vive en su casa y nuestro plan obtiene la certificación de que usted necesita el tipo de atención que generalmente se brinda en un hogar de ancianos.

Nota: Si pierde la elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la recupere dentro de 1 mes, todavía es elegible para ser miembro. La Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad considerada continua.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP)

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

Nuestra área de servicios incluye estos condados en Colorado: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Denver, Douglas, El Paso y Jefferson.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si tenemos un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3 Ciudadano o nacional de los EE. UU., o no ciudadano elegible

Debe ser ciudadano o nacional de los EE. UU., o un no ciudadano elegible para ser miembro de un plan médico de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan de acuerdo con este criterio. Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué puede esperar al unirse a nuestro plan por primera vez?

Sección 3.1 Evaluación de riesgos para la salud

Cuando se une a nuestro plan por primera vez, se le realiza una evaluación de riesgos para la salud (HRA) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha de entrada en vigencia de su inscripción.

Se nos exige completar una HRA para usted. La HRA es la base para el desarrollo de su plan de salud. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales.

Nos comunicaremos con usted para realizar la HRA. La HRA se puede completar durante un encuentro presencial (ya sea en persona o virtualmente a través de telesalud). La HRA también se puede realizar durante una llamada telefónica o por correo, si no es posible realizarla presencialmente. Le enviaremos más información sobre esta HRA. Luego, nos pondremos en contacto con usted anualmente para informarle sobre cualquier actualización a fin de determinar si sus necesidades han cambiado.

Sección 3.2 Equipo de cuidados y plan de cuidados

Un equipo de cuidados puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. Un equipo de cuidados puede incluir a su médico, un coordinador de atención, especialistas a los que consulta u otros profesionales de la salud que usted elija.

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

Su plan de cuidados incluye:

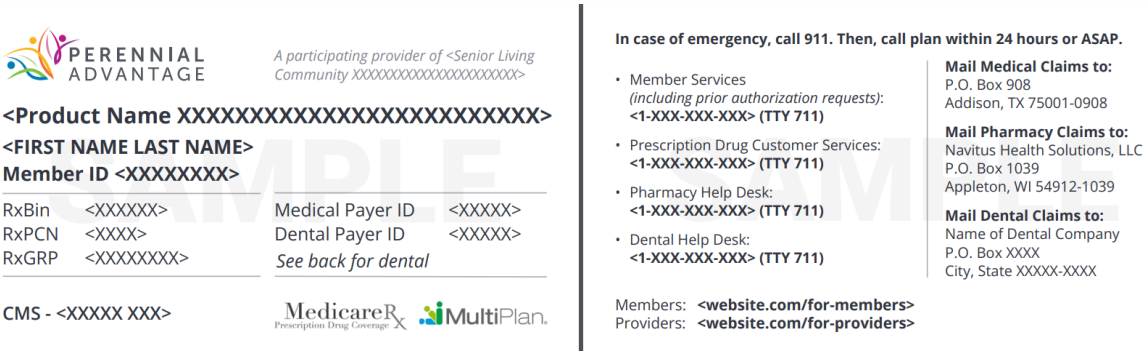
- sus objetivos de atención médica según sus prioridades; y
- un cronograma para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de cuidados se reúne con usted luego de su HRA. Le preguntan sobre los servicios que necesita. También le informan sobre los servicios que tal vez quiera considerar recibir. Su equipo de cuidados trabaja con usted para actualizar su plan de cuidados al menos una vez al año, o según sea necesario si tiene algún cambio en su estado de salud.

SECCIÓN 4 Documentación importante de afiliación

Sección 4.1 Tarjeta de afiliación a nuestro plan

Utilice su tarjeta de afiliación siempre que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Modelo de la tarjeta de afiliación al plan:



Mientras sea miembro de este plan, NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para recibir servicios médicos cubiertos. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos por su cuenta. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios paliativos o participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si su tarjeta de afiliación en nuestro plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros de inmediato al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 4.2 Directorio de proveedores

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

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

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

Obtenga la lista más reciente de proveedores y distribuidores en nuestro sitio web en PerennialAdvantage.com.

Si no tiene el *Directorio de proveedores,* puede pedir una copia (electrónica o impresa) a Servicios para Miembros llamando al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Las solicitudes de una copia impresa de los *Directorios de proveedores* se enviarán por correo en el plazo de 3 días hábiles.

Sección 4.3 Directorio de farmacias

En el *Directorio de farmacias* (PerennialAdvantage.com/find-providers/) figuran las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son farmacias que han aceptado surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestros planes. Utilice el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que quiera usar. Consulte la

Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no forman parte de la red de nuestro plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias,* puede pedir una copia (electrónica o impresa) a Servicios para Miembros llamando al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en PerennialAdvantage.com.

Sección 4.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada "Lista de medicamentos" o "formulario"). En la lista se indica qué medicamentos recetados están cubiertos por el beneficio de la Parte D que incluye Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos cumple con todos los requisitos de Medicare. Los medicamentos incluidos en el Programa para la Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido retirados o reemplazados como se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP).

En la Lista de medicamentos también se le informa sobre las normas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite PerennialAdvantage.com/formulary/ o llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta que este monto. Consulte la Sección 5.1 para obtener más información.	**$0**

	Sus costos en 2027
Gasto máximo de bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener más detalles).	**$3,300 combinados para servicios dentro y fuera de la red**
Visitas al consultorio de atención primaria	**Dentro de la red:** Copago de $0 **Fuera de la red (POS):** Copago de $0
Visitas al consultorio de un especialista	**Dentro de la red:** Copago de $0 **Fuera de la red (POS):** Copago de $0
Hospitalizaciones Incluye varias hospitalizaciones para pacientes internados, como atención aguda, de rehabilitación y a largo plazo. Una hospitalización comienza el día en que lo admiten formalmente con la orden de un médico y finaliza el día antes de que le den de alta.	**Copago de $100 por día para los días del 1 al 5** **Copago de $0 por día para los días del 6 al 90** **Copago de $0 por día para días adicionales ilimitados** Se aplica el período de beneficio por ingreso o por estadía. El costo compartido se aplica a partir del primer día de ingreso e incluye el último día del alta. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa.*

	Sus costos en 2027
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener más detalles, incluidas las etapas del deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	**Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D** **$0** **Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:** • Medicamento de Nivel 1: copago de $0 • Medicamento de Nivel 2: copago de $10 • Medicamento de Nivel 3: coseguro del 25% (usted paga hasta $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel). • Medicamento de Nivel 4: coseguro del 25% (usted paga hasta $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel). • Medicamento de Nivel 5: coseguro del 33% **Etapa de cobertura en situaciones catastróficas** Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 5.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 5.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 5.3)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 5.4)
- Monto del plan de pago de recetas de Medicare (Sección 5.5)

Sección 5.1 Prima del plan

No debe pagar una prima mensual del plan por separado para Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP).

Sección 5.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar pagando las primas de Medicare. Esto incluye su prima de la Parte B. Es posible que también deba pagar una prima para la Parte A, si usted no es elegible para la Parte A sin pagar la prima.

Sección 5.3 Multa por inscripción tardía en la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en cualquier momento después del período de inscripción inicial hay otro período de 63 días consecutivos o más en los que no tiene la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos recetados. La cobertura acreditable para medicamentos recetados es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que haya estado sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos. Por lo general, tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP), le informamos el monto de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder los beneficios de medicamentos recetados.

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

- Recibe la Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su cobertura de medicamentos.
- Estuvo menos de 63 días seguidos sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura para medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un ex empleador, sindicato, TRICARE o la Administración de la Salud de los Veteranos [VA]). Su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le avisarán cada año

si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Es posible que reciba esta información en una carta o en un folleto informativo de ese plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si en el futuro se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

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

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

- Si estuvo 63 días o más sin cobertura de medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura acreditable después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que usted no tuvo cobertura.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país correspondiente al año anterior (prima base nacional para beneficiarios). Para 2027, el monto promedio de la prima será de $41.33.
- Para calcular su multa mensual, Medicare multiplica la cantidad de meses sin cobertura (porcentaje de la multa) por el 1% de la prima base nacional del beneficiario, y luego redondea esa cantidad a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin la Parte D u otra cobertura acreditable, la multa será del 14% multiplicado por $41.33, lo que equivale a $5.79. Al redondear, este monto da $5.80. Este monto se agregaría **a la prima mensual del plan de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

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

- **La multa puede cambiar cada año** porque la prima base nacional para beneficiarios puede cambiar cada año.
- **Por lo general, usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.

- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reanudará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para tener antigüedad en Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una reconsideración (apelación) de la multa. El organismo encargado de llevar a cabo la reconsideración es una Organización de revisión independiente que no está vinculada con nosotros. Normalmente, debe solicitar la reconsideración **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es probable que no tenga otra oportunidad para solicitar la reconsideración de esta multa por inscripción tardía.

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

Sección 5.4 Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos

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

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

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

Sección 5.5 Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

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

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

SECCIÓN 6 Más información sobre la prima mensual de su plan

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

Hay dos maneras de pagar la multa.

Opción 1: Pagar con cheque

- Le enviaremos una factura cada mes antes del día 15 del mes anterior. Su prima siempre vence el primer día del mes. Asegúrese de seguir estos pasos para que no haya demoras en el procesamiento de sus pagos. Usted es responsable de asegurarse de que la prima del plan se pague a tiempo. Haga su pago a nombre de Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP), no de CMS ni HHS. También puede hacer un giro postal si no tiene una cuenta corriente.
- Su cheque se debe enviar por correo a la dirección que figura en la factura.
- Anote su identificación de miembro de Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) en su cheque. Puede encontrar su identificación de miembro en la factura o en su tarjeta de identificación.
- Si otra persona realiza un pago por usted, asegúrese de que su nombre e identificación de miembro estén escritos en el cheque.

- Si desea pagar más de un mes de prima, simplemente escriba los meses que está pagando y haga su cheque por el monto total.
- Si no recibe una factura o la pierde, llame a Servicios para Miembros (en el dorso de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Opción 2: Que la multa por inscripción tardía de la Parte D se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Cómo cambiar la forma en la que paga la multa por inscripción tardía de la Parte D Si decide cambiar la forma en la que paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, el nuevo método de pago puede tardar hasta 3 meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía a la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, comuníquese con Servicios para Miembros.

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

Su multa por inscripción tardía de la Parte D vence en nuestra oficina el primer día del mes. Si no recibimos su pago antes del primer día del mes, le enviaremos un aviso para informarle que la afiliación en su plan finalizará si no recibimos su pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D, si la adeuda, dentro de los 60 días. Si adeuda una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos.

Si tiene problemas para pagar a tiempo la multa por inscripción tardía de la Parte D, si debe pagar una, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos dirigirlo a programas que lo ayuden con los costos.

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

En el momento en que cancelemos su afiliación, es posible que aún nos deba las multas que no haya pagado. Tenemos derecho a llevar adelante el cobro del monto que debe. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), deberá pagar el monto que debe antes de poder inscribirse.

Si cree que cancelamos su afiliación injustamente, puede presentar una queja (también denominada queja formal). Si tuvo una circunstancia de emergencia fuera de su control que le impidió pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, si la adeuda, dentro de nuestro periodo de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja o llámenos al 1-844-788-6959 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días que son feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su queja a más tardar 60 días calendario después de la fecha en que finaliza su membresía.

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

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

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o es posible que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía.

- Si actualmente paga una multa por inscripción tardía de la Parte D y comienza a ser elegible para recibir la Ayuda Adicional durante el año, usted podría dejar de pagar su multa.
- Si alguna vez pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si se da de baja de su plan o se queda sin cobertura de la Parte D o sin otra cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más.

Consulte la Sección 7 del Capítulo 2 para obtener más información sobre la Ayuda Adicional.

SECCIÓN 7 Mantener actualizado su registro de afiliación al plan

Su registro de afiliación contiene información del formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, los hospitales, los farmacéuticos y otros proveedores de la red de su plan **utilizan su registro de afiliación para saber cuáles son los servicios y medicamentos que**

están cubiertos y los montos de costo compartido. Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (p. ej., de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, de la compensación laboral o de Medicaid).
- Reclamaciones de responsabilidad, como reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Si ingresó en un hogar de ancianos.
- Si recibe cuidado en un hospital o una sala de emergencias fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como la persona a cargo de su cuidado).
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No es obligación informarle a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar (pero le recomendamos que lo haga).

Si esta información cambia, infórmenos llamando a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

Una vez por año, le enviaremos una carta en la que se enumera cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información con atención. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta o tiene otra

cobertura que no figura en la lista, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que deba brindar su número de identificación de miembro a sus otros seguros (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), las normas de Medicare deciden si nuestro plan o su otro seguro paga en primer lugar. El seguro que paga primero ("pagador primario") paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar ("pagador secundario") solo paga si quedan costos no cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague los costos no cubiertos. Si usted tiene otro seguro, informe sobre esto a su médico, hospital y farmacia.

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

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

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

- Seguro contra todo riesgo (incluye seguro de automóviles)

- Responsabilidad (incluye seguro de automóviles)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación de los trabajadores

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

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos

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

Si necesita ayuda con reclamaciones, facturación o si tiene preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP). Con gusto le ayudaremos.

Información de contacto de Servicios para Miembros	
Llamadas	1-844-788-6959 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días que son feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. El número 1-844-788-6959 de Servicios para Miembros (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días que son feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	1-833-610-2390
Correo postal o electrónico	Perennial Advantage PO Box 730 Glen Burnie, MD 21060-0730 customerservice@perennialadvantage.com
Sitio web	PerennialAdvantage.com

Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre su cuidado médico

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

Información de contacto para decisiones de cobertura y apelaciones sobre el cuidado médico o los medicamentos de la Parte D	
Llamadas	1-844-788-6959 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días que son feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días que son feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	1-833-610-2390
Correo postal o electrónico	Perennial Advantage PO Box 730 Glen Burnie, MD 21060-0730 customerservice@perennialadvantage.com
Sitio web	PerennialAdvantage.com

Cómo presentar una queja sobre su cuidado médico

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

Información de contacto de quejas sobre el cuidado médico	
Llamadas	1-844-788-6959 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días que son feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días que son feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	1-833-610-2390
Correo postal o electrónico	Perennial Advantage PO Box 730 Glen Burnie, MD 21060-0730 customerservice@perennialadvantage.com
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) directamente ante Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo del cuidado médico o de los medicamentos que recibió

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

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

Información de contacto de solicitudes de pago de reclamaciones médicas de la Parte C	
Fax	1-833-610-2390
Correo postal o electrónico	Perennial Advantage PO Box 730 Glen Burnie, MD 21060-0730 customerservice@perennialadvantage.com
Sitio web	PerennialAdvantage.com

Información de contacto para solicitudes de pago de medicamentos recetados de la Parte D	
Fax	1-855-668-8550
Correo postal o electrónico	Perennial Advantage Part D Manual Claims PO Box 1039 Appleton, WI 54912-1039
Sitio web	PerennialAdvantage.com

Información de contacto para solicitudes de pago de reclamaciones dentales suplementarias	
Llamadas	1-866-544-1942 Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	1-877-855-8039 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Correo postal o electrónico	LIBERTY Claims Center (NV) PO Box 401086 Las Vegas, NV 89140
Sitio web	libertydentalplan.com/perennialadvantage

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

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

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

Información de contacto de Medicare	
Llamadas	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.
Correo postal o electrónico	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.
Sitio web	Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes médicos y de medicamentos de Medicare en su área, incluido su precio y los servicios que ofrecen. • Encuentre médicos u otros proveedores de atención de salud participantes en Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inyecciones o vacunas, y visitas anuales de "bienestar"). • Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por los planes, los hogares de ancianos, los hospitales, los médicos, las agencias de servicios de salud en el hogar, los centros de diálisis, los centros de cuidados paliativos, los centros de rehabilitación con hospitalización y los hospitales de cuidado a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para informarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP). **Para presentar una queja ante Medicare,** ingrese en Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma muy seriamente sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

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

El Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado (SHIP) es un programa del gobierno con consejeros capacitados en todos los estados que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Colorado, el SHIP se llama Programa de Asistencia con el Seguro de Salud para Adultos Mayores (SHIP).

El Programa de Asistencia con el Seguro de Salud para Adultos Mayores (SHIP) es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan médico) que recibe fondos del Gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud a nivel local a personas con Medicare.

Los asesores del Programa de Asistencia con el Seguro de Salud para Adultos Mayores (SHIP) pueden ayudarle a entender sus derechos relacionados con Medicare, a presentar quejas sobre su cuidado o tratamiento médicos, y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros del Programa de Asistencia con el Seguro de Salud para Adultos Mayores (SHIP) también pueden ayudarle si tiene preguntas o problemas respecto de Medicare, ayudarle a entender las opciones de planes disponibles de Medicare y responder sus preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Información de contacto del Programa de Asistencia con el Seguro de Salud para Adultos Mayores (SHIP) (Colorado SHIP)	
Llamadas	1-888-696-7213
TTY	711
Correo postal o electrónico	Department of Regulatory Agencies 1560 Broadway, Suite 850 Denver, CO 80202
Sitio web	https://doi.colorado.gov/insurance-products/health-insurance/senior-health-care-medicare

SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO)

Existe una organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Colorado, la organización para el mejoramiento de la calidad se llama Acentra Health.

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

Comuníquese con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

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

Información de contacto de Acentra Health (organización para el mejoramiento de la calidad de Colorado)	
Llamadas	1-888-317-0891 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.; los fines de semana y los feriados, de 10:00 a. m. a 4:00 p. m., hora local.
TTY	711
Escriba al	1650 Summit Lake Dr. Suite 102 Tallahassee, FL 32317
Sitio web	https://www.acentraqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

Si se muda o cambia de dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Información de contacto del Seguro Social	
Llamadas	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y para realizar algunas operaciones, las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
Sitio web	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto, estatal y federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que tienen Medicare también son elegibles para Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos **programas de ahorros de Medicare** incluyen lo siguiente:

- **Beneficiarios calificados de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas y otros costos compartidos de la Parte A y la Parte B de Medicare (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [SLMB+]).
- **Personas que califican (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y los Programas de Ahorros de Medicare, comuníquese con Health First Colorado (Medicaid).

Información de contacto de Health First Colorado (Medicaid)	
Llamadas	1-800-221-3943 De 8 a. m. a 4:30 p. m. hora local, de lunes a viernes (excepto días feriados)
TTY	711
Correo postal o electrónico	Colorado Department of Health Care Policy & Financing 303 E. 17th Avenue, Suite 1100 Denver, CO 80203
Sitio web	https://hcpf.colorado.gov/

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

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

Ayuda Adicional de Medicare

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

Si califica automáticamente para recibir la Ayuda Adicional, Medicare le enviará una carta de color morado para avisarle. Si no califica automáticamente, puede presentar su solicitud en cualquier momento. Para consultar si califica para obtener la Ayuda Adicional:

- Visite https://secure.ssa.gov/i1020/start para presentar su solicitud en línea.
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

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

Si califica para recibir la Ayuda Adicional y cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarle a obtener evidencia del monto correcto del copago. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a compartirlo con nosotros.

- Si necesita ayuda para obtener las mejores pruebas disponibles, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en la última página de este documento.

- **Prueba de que ya tiene el estado de "Ayuda Adicional"**
    - Si ya tiene un documento que prueba que ha calificado para recibir la "Ayuda Adicional", también puede mostrarlo la próxima vez que vaya a la farmacia para obtener un medicamento recetado.
    - Puede usar cualquiera de los siguientes documentos para proporcionarnos pruebas o para mostrar como prueba en la farmacia.
        - Una copia de su tarjeta de Medicaid que muestre su nombre y la fecha en que se volvió elegible para la "Ayuda Adicional". La fecha tiene que ser en el mes de julio o posterior del año pasado.
        - Una carta de la Administración del Seguro Social que muestre su estado de "Ayuda Adicional". Esta carta se podría llamar información importante, carta de concesión, aviso de cambio o aviso de acción.
        - Una carta de la Administración del Seguro Social que demuestre que recibe seguridad de ingreso suplementario. Si ese es el caso, también califica para recibir la "Ayuda Adicional".
- **Prueba de que tiene un estado activo de Medicaid**
    - Una copia de cualquier documento estatal o de cualquier copia impresa del sistema estatal que muestre su estado activo de Medicaid. La fecha activa que se muestra tiene que ser en el mes de julio o posterior del año pasado.
    - Prueba de un pago de Medicaid por una estadía en un centro médico. Su estadía en el centro médico debe durar al menos un mes completo y debe ser en el mes de julio o posterior del año pasado.
        - Un estado de cuenta del centro que muestre el pago de Medicaid.
        - Una copia de cualquier documento estatal o de cualquier copia impresa del sistema estatal que muestre el pago de Medicaid en su nombre.
- Si primero muestra uno de los documentos mencionados anteriormente como prueba en la farmacia, envíenos también una copia. Envíe el documento por correo a la dirección del plan que aparece en la última página de este documento.
- Cuando tengamos la evidencia que demuestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto cuando surta su próxima receta. Si paga más que el copago, le reembolsaremos la diferencia, ya sea mediante cheque o un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda, es posible que realicemos el pago directamente a la

farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que hagamos el pago directamente al estado. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

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

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

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

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

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos esenciales para el VIH. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también figuran en el formulario del ADAP califican para la ayuda con el costo compartido de recetas a través del Programa Estatal de Asistencia para Medicamentos (SDAP) de su estado.

Nota: Para ser elegibles para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con determinados criterios, entre ellos: evidencia de residencia en el estado y condición de portador de VIH, bajos ingresos (según lo definido por el estado) y la condición de persona no asegurada o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifíquele al trabajador local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa Estatal de Asistencia para Medicamentos (SDAP) al 1-303-692-2000.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a personas a pagar sus medicamentos recetados de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección médica o la discapacidad. Cada estado tiene reglas distintas para brindar la cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Colorado, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Programa Estatal de Asistencia para Medicamentos (SDAP).

Información de contacto del Programa Estatal de Asistencia para Medicamentos (SDAP) (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Colorado)	
Llamadas	1-303-692-2000 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local, de lunes a viernes (excepto los días que son feriados).
TTY	711
Correo postal o electrónico	CDPHE Care and Treatment Program ADAP-3800 4300 Cherry Creek Drive South Denver, CO 80246
Sitio web	https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/state-drug-assistance-program

Plan de pago de recetas de Medicare

El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar los gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo **del año calendario** (enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan médico de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ofrece descuentos en los costos ni costos más bajos para sus medicamentos. Si participa en el Plan de pago de recetas de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027. No necesita presentar una nueva solicitud de elección para continuar participando en 2027.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite Medicare.gov.

Información de contacto del plan de pago de recetas de Medicare	
Llamadas	1-844-788-6959 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días que son feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. El número 1-844-788-6959 de Servicios para Miembros (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días que son feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	1-833-610-2390
Correo postal o electrónico	Perennial Advantage PO Box 730 Glen Burnie, MD 21060-0730 customerservice@perennialadvantage.com
Sitio web	PerennialAdvantage.com

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

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

Información de contacto de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB)	
Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m., los días miércoles. Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

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

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) obtiene beneficios por un plan grupal de su empleador o para jubilados (o del de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios de su empleador/sindicato o a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre sus beneficios de salud, sus primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge, o pareja de hecho). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare en virtud de este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener cuidado médico como miembro de nuestro plan

En este capítulo, encontrará datos importantes sobre el uso del plan para obtener cobertura para su cuidado médico. Para obtener más información sobre qué cuidado médico cubre nuestro plan y cuánto paga usted cuando obtiene cuidado médico, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

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

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura de cuidado médico de nuestro plan

Al ser un plan médico de Medicare, Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Por lo general, Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) cubrirá su cuidado médico siempre y cuando:

- **El cuidado que recibe está incluido en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **El cuidado que recibe se considera médicamente necesario**. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinda y supervisa su cuidado.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1).
    - En la mayoría de las situaciones, nuestro plan debe darle una aprobación por adelantado (una derivación) antes de que pueda usar otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de cuidado médico en el hogar. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
    - No necesita derivaciones de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios de urgencia. Para obtener más información sobre otros tipos de cuidado que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir la atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que usted debe pagarle al proveedor el costo total de los servicios que reciba. Aquí hay 4 excepciones:
    - Cualquier categoría de beneficio que tenga una opción de punto de servicio (POS).
    - Nuestro plan cubre los servicios de cuidado de emergencia o de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué significan los servicios de emergencia y de urgencia, consulte la Sección 3.
    - Si necesita recibir cuidado médico que Medicare requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas de nuestra red que brinden este cuidado, puede obtenerlo de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Comuníquese con nuestro plan antes de buscar atención. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera el cuidado de un proveedor de la red. Para obtener más información

sobre cómo obtener aprobación para consultar con un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.

- Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o es inaccesible temporalmente. El costo compartido que usted paga a nuestro plan para diálisis no puede ser más alto que el costo compartido de Original Medicare. Si está fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser más alto que el costo compartido que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige recibir servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red de nuestro plan para obtener cuidado médico

Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su cuidado médico

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

- **¿Qué es un PCP?**
  Un PCP es un médico que (1) tiene contrato con Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP), (2) tiene licencia para practicar medicina alopática (MD) u osteopática (DO) y (3) es responsable de proporcionar servicios de atención primaria para los miembros inscritos en Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) en el entorno de un hogar de ancianos, vida asistida o SNF, incluida la coordinación y administración de la prestación de todos los servicios cubiertos.

- **¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?**
  Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) contratará los servicios de PCP con médicos que se dediquen a la medicina general, medicina familiar o medicina interna. En algunos casos, Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) puede contratar a médicos internistas que también tengan una certificación de la junta de subespecialidad en una especialidad relevante para la población de miembros de Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP), incluidos neumología y cardiología.

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

- **¿Cuál es la función del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?**
  Los médicos de atención primaria son responsables de la coordinación de la atención preventiva de rutina junto con cualquier servicio auxiliar que se deba prestar con autorización.

- **¿Qué función desempeña el PCP en la toma de decisiones o la obtención de autorizaciones previas (PA), si corresponde?**
  Los PCP son responsables de solicitar autorizaciones previas para cualquier admisión programada o electiva, o para los servicios/procedimientos solicitados por el PCP y que requieren una autorización previa. Consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 para conocer los servicios que requieren autorización previa.

¿Cómo elegir un PCP?

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

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que el PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que buscar un PCP nuevo. Si necesita o desea cambiar de PCP, no estará limitado a los especialistas u hospitales específicos a los que lo remite el PCP.

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

Sección 2.2 Cuidado médico que puede recibir sin remisión de un PCP

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

- Cuidado de salud de la mujer de rutina, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
- Vacunas contra la influenza, la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores dentro de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (sin ser una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, debido al horario, lugar y circunstancias en las que se encuentra, no es razonable recibir este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran servicios de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área. En lo posible, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudar a coordinar sus servicios de diálisis de mantenimiento mientras está fuera.

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

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

- Los oncólogos atienden a los pacientes que tienen cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones del corazón.
- Los traumatólogos atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

A continuación, encontrará información adicional sobre cómo acceder a la atención especializada y a otros proveedores de la red:

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

Si un especialista u otro proveedor dentro de la red dejan de participar en nuestro plan

Durante el año, es posible que realicemos cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de la red de nuestro plan. Si su médico o especialista deja de participar en nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le enviaremos un aviso en el que se explicará que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, se lo notificaremos si consultó a ese proveedor en los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si usted tiene asignado ese proveedor, actualmente recibe atención de ese proveedor o consultó a ese proveedor en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continua.

- Si actualmente está realizando un tratamiento médico o alguna terapia con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o la terapia médicamente necesarios que está recibiendo no se interrumpa y trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede que tenga para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor dentro de la red o un beneficio no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará de participar en nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para administrar su cuidado.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado no está siendo administrado de manera adecuada, tiene derecho a presentar una queja por la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención ante nuestro plan, o ambas (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

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

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

Sección 3.1 Obtener atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, perder al niño no nacido), perder una extremidad o la función de una extremidad, o perder o sufrir el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeore rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para recibir ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la aprobación o una derivación del PCP. No necesita acudir a un médico de la red. Usted puede recibir cuidado médico de emergencia cubierto cada vez que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con licencia estatal adecuada, incluso si no forman parte de nuestra red.

- **Asegúrese de avisar lo antes posible a nuestro plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona deben llamarnos para avisarnos sobre el cuidado de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

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

Los médicos que le estén brindando la atención de emergencia decidirán cuándo su afección está estable y si la emergencia médica ya pasó.

Después de que haya pasado la emergencia, tiene derecho a recibir cuidado de seguimiento para asegurarse de que su afección permanezca estable. Sus médicos continuarán tratándole hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y hagan planes para recibir cuidado adicional. El cuidado de seguimiento estará cubierto por nuestro plan.

Si la atención de emergencia es brindada por proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que los proveedores dentro de la red se ocupen de su cuidado tan pronto como la afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

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

Sin embargo, una vez que el médico haya identificado que no se trataba de una emergencia, cubriremos el cuidado médico adicional *solo* si lo recibe de alguna de estas dos formas:

- Usted acude a un proveedor dentro de la red para obtener el cuidado adicional.
- O bien, la atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas que se indican más abajo para obtener esta atención de urgencia.

Sección 3.2 Obtener atención ante una necesidad urgente de servicios

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

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

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

Sección 3.3 Obtener atención durante un desastre

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

Visite PerennialAdvantage.com para consultar información sobre cómo obtener la atención necesaria durante una catástrofe.

Si no puede usar un proveedor dentro de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener cuidado médico de proveedores fuera de la red con costos compartidos dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, puede obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

Si ha pagado más de los costos compartidos del plan por los servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

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

Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios según se indica en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización, y no son servicios de emergencia o de urgencia, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

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

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado *estudio clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Medicare aprueba ciertos estudios de investigación clínica. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar voluntarios para participar en el estudio. Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir obteniendo el resto de su cuidado (el cuidado que no está relacionado con el estudio) a través de nuestro plan.

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

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

Si bien no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que lo notifique por adelantado cuando elija participar en los ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

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

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

Después de que Medicare pague la parte que le corresponde del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos en Original Medicare y sus costos compartidos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que obtenga como parte del estudio que el que pagaría si obtuviera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre el monto del costo compartido que pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información para enviar solicitudes de pagos.

> *Ejemplo de costos compartidos en un ensayo clínico:* Supongamos que se realiza un análisis de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Usted tendría que pagar $20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de $10 conforme a nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y usted pagaría el copago de $20 requerido por Original Medicare. Debería avisarle a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar la documentación (como una factura del proveedor) al plan. Nuestro plan le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto por el análisis es $10, el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho producto o servicio incluso si usted no participara en un estudio.

- Productos o servicios provistos solamente para recopilar datos y que no se utilizan en el cuidado de la salud directo. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas (CT) mensuales que se realizarían como parte del estudio si su afección médica normalmente exigiera solo una CT.
- Los productos y servicios que los patrocinadores de investigación ofrecen son gratuitos para las personas inscritas en el ensayo.

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

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

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

Sección 6.1 Institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

Sección 6.2 Cómo obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

- El tratamiento o la atención médica **no exceptuados** hacen referencia al tratamiento o a la atención médica que son *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

- El tratamiento médico **exceptuado** es el tratamiento o la atención médica que *no* son voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

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

- El centro que brinda el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan se limita a los aspectos *no religiosos* del cuidado.
- Si obtiene los servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección médica que le permita obtener los servicios cubiertos para el cuidado hospitalario para pacientes internos o el cuidado en un centro de enfermería especializada.
  - *Además*, debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de que le ingresen en el centro o su estadía no estará cubierta.

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

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No se quedará con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para pacientes diabéticos, dispositivos generadores de habla, bombas de infusión por vía intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitados por un proveedor para el uso en el hogar. El miembro siempre será propietario de ciertos artículos de DME, como dispositivos protésicos. Hay otros tipos de DME que debe alquilar.

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

DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare a fin de ser propietario del artículo. Los pagos que realizó mientras estuvo inscrito en nuestro plan no se tienen en cuenta para estos 13 pagos.

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

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

Sección 7.2 Normas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

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

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

Si abandona Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, debe devolverlo.

¿Qué sucede si abandona nuestro plan y regresa a Original Medicare?

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses se alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor le proporciona el equipo y el mantenimiento (usted igualmente tiene la responsabilidad de pagar el costo compartido correspondiente del oxígeno). Después de cinco años, puede elegir quedarse con la misma compañía o pasar a otra compañía. En este momento, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, aunque usted permanezca con la misma compañía, lo que implica que deba pagar los copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o abandona nuestro plan, comienza el ciclo de cinco años.

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

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

La Tabla de beneficios médicos describe los servicios cubiertos y muestra cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP). En esta sección también se brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y se detallan los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Gastos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Entre los tipos de gastos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos se encuentran los siguientes:

- **Copago:** el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos se incluye más información sobre los copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos se incluye más información sobre el coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el Programa para beneficiarios calificados de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguros. Si está en alguno de estos programas, asegúrese de mostrarle a su proveedor su prueba de elegibilidad para Medicaid o QMB.

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

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto total que usted tiene que pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina monto máximo de bolsillo (MOOP) para servicios médicos. **Para el año calendario 2027, el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP) es de $3,300.**

Los montos que paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red y fuera de la red se tienen en cuenta para este gasto máximo de bolsillo. Los montos que usted paga por los medicamentos de la Parte D no se contabilizan para el monto máximo de gastos de bolsillo. Cada servicio mencionado en la Tabla de beneficios médicos cuyo costo compartido se tiene en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo contiene la siguiente frase: “Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo”. Si alcanza el monto máximo de gastos de bolsillo de $3,300, no deberá pagar más gastos de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 No se permite que los proveedores le facturen saldos

Como miembro de Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP), usted tiene una protección importante porque solo tiene que pagar el monto de costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, lo que se conoce como **facturación de saldos.** Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

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

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), usted paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:

- Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
- Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe un referido o para servicios de urgencia o de emergencia).
- Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores que no son participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe un referido, para emergencias o para servicios de urgencia fuera del área de servicio).

- Si cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

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

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben proveerse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos el cuidado médico, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

- Para los nuevos inscritos, su plan de cuidado coordinado Medicare Advantage (MA) debe proporcionar un periodo de transición de al menos 90 días, durante el cual el nuevo plan MA no puede requerir autorización previa para ningún tratamiento en curso, incluso si el tratamiento comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinda cuidado y lo supervisa.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están marcados con una nota al pie en la Tabla de beneficios médicos.
- Si su plan de atención coordinada proporciona aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención según los criterios de cobertura, su historia clínica y la recomendación del proveedor tratante correspondientes.

Otros datos importantes sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2027 [Medicare y usted para 2027])*. También puede consultarlo en línea en Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por el cuidado recibido por la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

- Si se encuentra dentro del período de un mes de elegibilidad considerada continua, seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por el plan y los montos del costo compartido no cambian durante este período.

Información importante sobre beneficios para los inscritos con afecciones crónicas

- Si se le diagnostica alguna de las siguientes afecciones crónicas que figuran a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos.
    - Trastornos autoinmunitarios
    - Cáncer
    - Trastornos cardiovasculares
    - Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos de abuso de sustancias (SUD)
    - Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes
    - Condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato
    - Enfermedad gastrointestinal crónica
    - Insuficiencia cardíaca crónica
    - Hiperlipidemia crónica
    - Hipertensión crónica
    - Enfermedad renal crónica (CKD)
    - Trastornos pulmonares crónicos
    - Condiciones asociadas con el deterioro cognitivo
    - Condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven sus funciones
    - Condiciones con desafíos funcionales
    - Demencia
    - Diabetes mellitus
    - VIH/SIDA
    - Trastornos inmunosupresores y por inmunodeficiencia

- Trastornos neurológicos
- Osteoporosis
- Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
- Postrasplante de órganos
- Trastornos hematológicos graves
- Accidente cerebrovascular

- Además, los miembros deben reunir los siguientes requisitos:
  - El plan y un proveedor de atención médica deben determinar que el paciente tiene un alto riesgo de hospitalización u otros resultados negativos de salud
  - Requerir un alto nivel de coordinación de los cuidados.
- Al final de este documento, encontrará información adicional sobre el proceso y los criterios para determinar la elegibilidad.
- Consulte la fila *Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos* en la Tabla de beneficios médicos a continuación para obtener más información.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de su médico, asistente médico (PA), enfermero especializado (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura para el dolor crónico en la parte inferior de la espalda Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: Para el propósito de este beneficio, el dolor crónico en la parte inferior de la espalda se define de la siguiente manera: • Dura 12 semanas o más. • No específico, es decir, no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está asociado a la cirugía. • Además, no está asociado al embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anuales. El tratamiento se debe suspender si el paciente no está mejorando o está en regresión. **Requisitos del proveedor:** Los médicos pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los auxiliares médicos (PA), los profesionales en enfermería (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales pertinentes y si tienen lo siguiente: • Un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación sobre Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM).	Coseguro del 20% Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Además, deben tener una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio o Commonwealth (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o distrito de Columbia. Los servicios auxiliares que proporcionan acupuntura deben estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, tal como lo establecen nuestras regulaciones.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sean en una situación de emergencia o una que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debería documentarse que la afección médica del miembro es tal, que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	Copago de $225 por cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. Coseguro del 20% por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Se cubre una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva de *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No hay ningún coseguro, copago o deducible para la consulta anual de bienestar.
Medición de la masa ósea Para las personas que califiquen (en general, quienes corren riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses, o con mayor frecuencia si fuera médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía de referencia entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de control cubiertas.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas condiciones: • Ataque cardíaco en los últimos 12 meses • Cirugía de derivación de la arteria coronaria • Angina de pecho estabilizada (dolor en el pecho) • Reparación o reemplazo de la válvula cardíaca • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico utilizado para abrir una arteria obstruida) o colocación de stents coronarios (un procedimiento utilizado para mantener una arteria abierta) • Trasplante de corazón o corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estabilizada Limitaciones de la cobertura: Puede realizar hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener 2 sesiones por día (cada una con una duración de 1 hora) y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si califica, es posible que pueda obtener 36 sesiones más, que se pueden extender durante un período más largo.	Coseguro del 20%. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa.*
Nuestro plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Coseguro del 20% Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante la consulta, el médico debe analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el examen para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres • Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si tiene un alto riesgo de padecer cáncer de cuello cervical o cáncer vaginal o tiene edad reproductiva y ha recibido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxación vertebral.	Coseguro del 20% Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa.*
Prueba de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: • La colonoscopia no tiene límite mínimo o máximo de edad y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no son de alto riesgo o cada 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible anterior para pacientes que no son de alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección anterior. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o 47 meses después del mes en el que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubre una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y puede estar sujeto a costo compartido. Consulte la sección “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos” en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no son de alto riesgo después de que el paciente se haya realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes con alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en las heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Prueba multidiana de ADN en las heces para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores sanguíneos para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o una colonoscopia de detección programada que implique la extracción de tejido u otro material, o cualquier otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de y durante la misma consulta clínica que la prueba de detección.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, controles de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral de un tratamiento específico de una afección médica primaria de un beneficiario. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas como preparación para el tratamiento de radiación para un cáncer que afecta la mandíbula o exámenes bucales previos al trasplante de órganos. Además, cubrimos lo siguiente: ***Beneficios suplementarios*** **Servicios dentales preventivos** • Exámenes bucales El plan solo cubrirá 2 de las evaluaciones bucales periódicas, limitadas, periodontales o integrales por año calendario. • Profilaxis (limpieza) Se limita a 2 consultas por año • Radiografías dentales Dos (2) radiografías de aleta de mordida están cubiertas cada año. Una (1) radiografía panorámica o una (1) serie completa de radiografías es un beneficio cubierto una vez cada tres (3) años. Las radiografías intrabucales oclusales son un beneficio cubierto dos (2) veces al año. • Tratamiento con flúor Se limita a 1 consulta cada 6 meses	Coseguro del 20% Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa.* No se requieren coseguro ni copago para los beneficios dentales suplementarios. Los beneficios están sujetos a las limitaciones descritas en esta tabla de beneficios. Es posible que los servicios no estén cubiertos si se ha realizado tratamiento en el diente en los últimos 12 meses.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Otros servicios dentales de diagnóstico El plan cubrirá la captura e interpretación de CT de haz cónico, pruebas de vitalidad pulpar y evaluaciones del riesgo de caries.	Máximo: No hay un máximo para los servicios preventivos y $8,500 por año para los servicios integrales
Servicios dentales integrales • Servicios generales complementarios Incluyen sedación profunda, sedación consciente intravenosa y consulta. También incluyen protección oclusal, análisis y ajustes. Las visitas de teleodontología también están cubiertas. • Endodoncia • Servicios de implante • Cirugía bucal y maxilofacial Incluye extracciones simples y quirúrgicas, y extracción de dientes impactados. También incluye servicios de alveoloplastia, injerto de reemplazo óseo para preservación de la cresta, frenuloplastia, incisión y drenaje de un absceso, escisión de una lesión benigna y extirpación de quiste/tumor odontogénico benigno. • Periodoncia Incluye raspado y alisado radicular, mantenimiento periodontal, injerto periodontal, irrigación gingival, gingivectomía, cirugía ósea y desbridamiento bucal completo. • Prostodoncia fija Incluye póntico/corona retenedora (puente). • Prostodoncia removible Incluye dentaduras postizas completas y parciales, ajustes y reparaciones de dentaduras postizas y revestimientos de dentaduras postizas.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Servicios de restauración Incluye empastes, reconstrucción de muñones, retención con pernos, fabricación de perno y muñón y coronas prefabricadas. Nuestro plan se asoció con Liberty Dental para proporcionarle los beneficios dentales suplementarios. Tenga en cuenta que algunos servicios requieren revisión clínica para obtener la aprobación previa a la autorización antes del tratamiento. Se debe presentar cierta documentación con estas solicitudes de autorización previa. Estos servicios se revisan clínicamente utilizando la documentación proporcionada para determinar si se indican y son apropiados según las normas de la industria, y si cumplen con todos los requisitos específicos de dicho servicio, tal como se describe en los criterios y pautas clínicas de Liberty Dental. No se cubrirá ningún tratamiento que, en opinión del director dental de Liberty Dental, no sea necesario o que no cumpla los criterios del plan. Si no se proporciona la documentación requerida, el servicio no se puede revisar adecuadamente y, por lo tanto, se denegará. Si se deniega la autorización previa por cualquier motivo, el servicio no estará cubierto y usted será responsable de todos los costos relacionados. Los procedimientos dentales por motivos cosméticos o estéticos no están cubiertos. La cobertura se encuentra limitada a los servicios mencionados en la tabla de beneficios. Si un servicio no está especificado en esa lista, quiere decir que no está incluido y no tiene cobertura.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Para encontrar un proveedor de la red o para revisar las Pautas clínicas de Liberty Dental, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 o buscar en el Directorio de proveedores de Liberty Dental en línea en libertydentalplan.com/perennialadvantage. Se recomienda que trabaje con su dentista dentro de la red para comprobar la cobertura de beneficios antes de obtener servicios dentales. Si elige usar un proveedor fuera de la red, los servicios que reciba no tendrán cobertura. Las limitaciones y exclusiones adicionales se describen anteriormente.	
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento o referidos.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de examen de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluidas las pruebas de glucemia en ayunas) si tiene cualquiera de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel alto de azúcar en sangre (glucosa). Es posible que también se cubran los exámenes si cumple con otros requisitos; por ejemplo, sobrepeso y antecedentes médicos familiares de diabetes. Puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (que usen insulina o no), los servicios cubiertos incluyen los siguientes:	
• Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los controles.	Copago de $0
• Para las personas con diabetes que tienen la enfermedad de pie diabético grave: un par por año calendario de zapatos terapéuticos con moldes personalizados (incluidas las plantillas provistas con dichos zapatos) y 2 pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas (no se incluyen las plantillas extraíbles no personalizadas provistas con dichos zapatos), incluidos los trabajos de adecuación de este calzado.	Coseguro del 0% al 20% copago de $0 para el primer par, coseguro del 20% para todos los otros pares. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.
• Entrenamiento de autoadministración para casos de diabetes bajo ciertas condiciones	Copago de $0
• Monitores para diabéticos, como monitores de glucosa en sangre, monitores de glucosa continuos y bombas de infusión ambulatoria	Coseguro del 20% Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 y el Capítulo 3, encontrará una definición de equipo médico duradero). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para pacientes diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión por vía intravenosa, dispositivos de generación de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. Puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web en PerennialAdvantage.com.	Coseguro del 20% Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa.* Su costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es de un coseguro del 20% cada vez que recibe equipo o suministros cubiertos por Medicare. Si tiene Medicare y usa oxígeno, alquilará un equipo de oxígeno a un proveedor durante 36 meses. Después de 36 meses, su proveedor debe continuar proporcionando equipos de oxígeno y suministros relacionados durante 24 meses adicionales. Su proveedor debe proporcionar equipos y suministros por hasta un total de 5 años, siempre y cuando usted tenga una necesidad médica de

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	oxígeno. Después de 5 años, es posible que comience un nuevo ciclo de alquiler y que se reanuden sus costos compartidos normales si todavía está inscrito en nuestro plan.
Atención de emergencia El cuidado de emergencia hace referencia a los servicios que: • Han sido prestados por un proveedor calificado para suministrar servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, perder al niño no nacido), perder una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red son los mismos que cuando recibe estos servicios dentro de la red. La cobertura se limita a los Estados Unidos y sus territorios.	Copago de $90 Usted no paga este monto si ingresa en el hospital dentro de 3 días. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su afección de emergencia se estabiliza, debe recibir la atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red autorizado por nuestro plan, y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Beneficio de acondicionamiento físico Los miembros pueden solicitar una asignación para membresías de gimnasios.	Incluido como parte de su Asignación para una vida saludable. Consulte la sección “Asignación para una vida saludable” en esta Tabla de beneficios para conocer más detalles.
Asignación para una vida saludable La asignación cubre las siguientes categorías de beneficios: • Acondicionamiento físico • Apoyos generales para la vida (ropa)* • Alimentos* • Beneficio nutricional/dietético • Audífonos de venta libre (OTC) • Productos de venta libre (OTC) • Artículos de higiene personal* *The Helper Bees gestiona este beneficio. Todos los artículos deben comprarse a través de The Helper Bees. La asignación está precargada en su tarjeta para usarla en tiendas minoristas aprobadas o para pedir artículos en línea.* Su conserje médico puede ayudarle a crear su cuenta, revisar su saldo actual, buscar qué artículos están cubiertos o realizar un pedido. Para todas las demás consultas, visite **thehelperbees.com/perennial**, llame a The Helper Bees al 1-833-284-2435 o comuníquese con nuestro equipo de Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 para obtener ayuda.	$125 cada 3 meses. Los fondos se transfieren de cada período hasta el final del año.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
*Importante: Este beneficio adicional forma parte de los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Solo los miembros que califiquen recibirán este beneficio adicional. Consulte esa sección de esta Tabla para obtener una lista de las afecciones crónicas que califican.	
Servicios de audición Las evaluaciones de audición de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio que realiza su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	Coseguro del 20% Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.
Beneficios suplementarios También cubrimos lo siguiente:	
• Controles de audición de rutina	Copago de $0 Se limita a 1 consulta por año
• Evaluación y colocación de audífonos	Copago de $0 Se limita a 1 consulta por año
• Audífonos de venta libre (OTC)	Incluido como parte de su Asignación para una vida saludable. Consulte la sección “Asignación para una vida saludable” en esta Tabla de beneficios para conocer más detalles.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Audífonos recetados *Este beneficio es administrado por NationsHearing. Después del examen de audición, los audífonos se pueden solicitar en línea a través del portal de NationsHearing.* Su conserje médico puede ayudarle a crear su cuenta, programar un examen de audición, localizar un proveedor dentro de la red o revisar sus beneficios de audición y su asignación actual. Para todas las demás consultas, visite **perennialadvantage.nationsbenefits.com/hearing,** llame a NationsHearing al 1-833-689-1751, o comuníquese con nuestro equipo de Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 para obtener ayuda.	$1,350 por año para ambos oídos combinados Límite de 2 audífonos por año
Prueba de detección de VIH Para las personas que solicitan un examen de detección o que tienen alto riesgo de infectarse con el VIH, cubriremos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 exámenes de detección durante un embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para exámenes de detección del VIH preventivos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidado de una agencia de servicios de cuidado de la salud en el hogar Antes de obtener los servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita esos servicios y solicitará que una agencia de servicios de salud en el hogar los brinde. El requisito es que usted no pueda salir de su hogar, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios parciales o intermitentes de enfermería especializada y de asistente médico a domicilio (para estar cubierto por el beneficio de cuidado de la salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistente médico a domicilio combinados deben sumar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	Copago de $0 *Se requiere autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar incluye la administración por vía intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Los servicios profesionales, que incluyen servicios de enfermería, suministrados de acuerdo con nuestro plan de cuidado. • Capacitación y educación para pacientes que no están cubiertos de otra manera por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para la infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar.	Usted paga el costo compartido aplicable por cada servicio obtenido. Consulte las secciones "Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados" y "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare" en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.
Cuidado paliativo Usted será elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidado de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red.	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare, y no Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP), paga los servicios paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Servicio de cuidados de alivio temporal a corto plazo • Cuidados en el hogar Cuando se le ingresa en un centro para enfermos terminales, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si eligió permanecer en nuestro plan, debe seguir pagando las primas del plan. **Para los servicios de cuidados paliativos y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico de enfermedad terminal:** Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubre. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. **Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su pronóstico de enfermedad terminal:** Si necesita servicios que no sean de emergencia y que no sean de urgencia cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor dentro la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay requisito para obtener autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, usted solo paga el monto de costos compartidos del plan por los servicios dentro de la red.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga los costos compartidos según Original Medicare. **Para los servicios cubiertos por Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP), pero no cubiertos por las Partes A o B de Medicare:** Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por las Partes A o B, independientemente de si están relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios. **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de nuestro plan:** Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal que requiere cuidados paliativos, usted paga los costos compartidos. Si se relacionan con su afección que requiere cuidados paliativos, usted paga los costos compartidos de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5. **Nota:** Si necesita cuidado no relacionado con el cuidado paliativo (cuidado que no está relacionado con su pronóstico de enfermedad terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen lo siguiente: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales/contra la influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza, en otoño e invierno, con vacunas antigripales/contra la influenza adicionales si son médicamente necesarias. • Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, no conoce su historial de vacunación o tiene cualquier otra afección que lo ponga en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas si está en riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos en virtud del beneficio de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, antigripales, la hepatitis B y la COVID-19.
Servicios de apoyo en el hogar Los miembros tienen acceso a un beneficio del programa Servicios de apoyo en el hogar que puede incluir apoyo con actividades de la vida diaria (ADL) o actividades de la vida diaria instrumentales (IADL), como necesidades de higiene personal, tareas domésticas sencillas, tareas de lavandería, preparación de comidas, alimentación, baño y aseo. Esto también puede incluir tareas generales como mandados, acompañamiento a citas, asistencia tecnológica y programación de citas.	Copago de $0. Se limita a 36 horas por año

Servicio cubierto	Lo que usted paga
The Helper Bees gestiona este beneficio. Debe acudir a los proveedores de la red de The Helper Bees para que los servicios de apoyo en el hogar estén cubiertos. Su conserje médico puede ayudarle a crear su cuenta, solicitar un servicio, revisar los servicios cubiertos y confirmar las horas que le quedan. Para todas las demás consultas, visite **thehelperbees.com/perennial**, llame a The Helper Bees al 1-833-284-2435 o comuníquese con nuestro equipo de Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 para obtener ayuda.	
Cuidado hospitalario para pacientes internos Incluye servicios de hospital de cuidados agudos, rehabilitación, cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios de hospital para pacientes internos. El cuidado hospitalario para pacientes internados comienza el día en que lo admiten formalmente en el hospital con una orden del médico. La hospitalización termina el día antes de ser dado de alta del hospital. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería habitual. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidado intensivo o coronario). • Drogas y medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de dispositivos de apoyo, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de la sala de recuperación.	Copago de $100 por día para los días del 1 al 5. Copago de $0 por día para los días del 6 al 90. Copago de $0 por día para días adicionales ilimitados. Se aplica el período de beneficio por ingreso o por estadía. El costo compartido se aplica a partir del primer día de ingreso e incluye el último día del alta. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios por consumo de sustancias para pacientes internados. • En determinados casos, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, coordinaremos para que uno de los centros de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de cuidado de la comunidad, puede elegir un lugar cerca, siempre y cuando los proveedores locales del trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) ofrece servicios de trasplante en un lugar fuera del modelo de cuidado para trasplantes en su comunidad y usted elige recibir trasplantes en este lugar distante, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. • Sangre, incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Debe pagar por las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario, donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que lo haga. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta. • Servicios de médicos. **Nota:** Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que le ingresen de manera formal	El plan también cubre ciertas hospitalizaciones para pacientes internados que normalmente no están cubiertas por Medicare. Usted está cubierto siempre que se apruebe la hospitalización de acuerdo con las normas del plan. Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se estabilice, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
como paciente internado en el hospital. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es paciente interno o ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. • Obtenga más información en la hoja de información de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios para pacientes internos en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidado de salud mental que requieren hospitalización. Tiene un límite de 190 días de por vida para los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general.	Copago de $100 por día para los días del 1 al 5. Copago de $0 por día para los días del 6 al 90. Copago de $0 por día para cada día de reserva de por vida (hasta 60 días a lo largo de su vida). Se aplica el período de beneficio por ingreso o por estadía. El costo compartido se aplica a partir del primer día de ingreso e incluye el último día del alta. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Estadía como paciente internado: Servicios cubiertos que obtiene en un hospital o SNF durante una estadía como paciente interno no cubierta Si ha agotado sus beneficios como paciente interno o si la estadía como paciente interno no es razonable y necesaria, no la cubriremos. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	Cuando su estadía ya no esté cubierta, estos servicios estarán cubiertos como se describe en las siguientes secciones:
• Servicios de médicos.	Consulte la sección "Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico" en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.
• Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio)	Consulte la sección "Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios" en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos	Consulte la sección "Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios" en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.
• Vendajes quirúrgicos	Consulte la sección "Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios" en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.
• Entablillados, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones	Consulte la sección "Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios" en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Prótesis y dispositivos ortopédicos (aparte de los dentales) que reemplacen todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo) o toda o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funcione o funcione mal permanentemente, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos dispositivos.	Consulte la sección "Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados" en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.
• Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente.	Consulte la sección "Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados" en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.
• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	Consulte la sección "Servicios de rehabilitación para pacientes externos" en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Tratamiento médico nutricional Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedades renales (riñón) (pero que no reciben diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo solicite su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de tratamiento médico de nutrición en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas cada año, después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que usted obtenga más horas de tratamiento, con la orden médica. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años, en caso de que su tratamiento sea necesario el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de tratamiento médico de nutrición cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios del MDPP están cubiertos para personas elegibles conforme a todos los planes de salud de Medicare.** El MDPP es una intervención estructurada de cambios del comportamiento de la salud que brinda capacitación práctica sobre el cambio alimenticio a largo plazo, el aumento de la actividad física y las estrategias de resolución de problemas con el objetivo de superar los desafíos relacionados con la pérdida de peso sostenida y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos de Parte B de Medicare **La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan obtienen cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:** • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de	**Medicamentos para radiación/quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare:**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
médicos, en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina proporcionada a través de un producto de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por nuestro plan. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico: lecanemab), se administra de forma intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite tomografías y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían sumarse a los costos generales. Consulte a su médico qué tomografías y pruebas puede necesitar como parte del tratamiento. • Factores de coagulación que se administra uno mismo por medio de una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre los tratamientos con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y la Parte B en el momento en que obtenga los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinada en su hogar, tiene una fractura de hueso que un médico certifica como relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse a sí misma el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona que se instruyó correctamente (que puede ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.	Coseguro del 0% al 20% El costo compartido depende del medicamento administrado. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa.* **Todos los demás medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare:** Coseguro del 0% al 20% El coseguro del 0% es lo mínimo que se puede aplicar a un medicamento reembolsable de la Parte B. El coseguro del 20% es lo máximo. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer que usted toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. Como hay nuevos medicamentos orales para el cáncer disponibles, es posible que la Parte B los cubra. Si la Parte B no los cubre, la Parte D los cubre. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre medicamentos orales contra las náuseas que usted utiliza como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si estos se administran antes de la quimioterapia, durante la quimioterapia o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o si se utilizan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. • Medicamentos calciomiméticos y aglutinantes de fosfato incluidos bajo el sistema de pago de la ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y anestésicos tópicos. • Fármacos estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como	El plan ofrece tratamiento escalonado para la Parte B a la Parte B. El costo de un suministro de insulina para un mes no superará los $35. No se aplican deducibles.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Epogen®, Procrit®, Retacrit®, epoetina alfa, Aranesp®, darbepoetina alfa, Mircera®, o metoxi polietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación por vía intravenosa o por sonda). Este enlace lo dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: PerennialAdvantage.com También cubrimos algunas vacunas en la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud del beneficio para medicamentos de la Parte D. En el Capítulo 5 se explica el beneficio para medicamentos de la Parte D, incluidas las reglas que usted debe cumplir para que se cubran las recetas. En el Capítulo 6 se explica qué le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan.	
Beneficio nutricional/dietético Los miembros pueden utilizar los fondos de la asignación para acceder a consejería nutricional. Comuníquese con el plan para obtener información adicional.	Incluido como parte de su Asignación para una vida saludable. Consulte la sección “Asignación para una vida saludable” en esta Tabla de beneficios para conocer más detalles.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si tiene un índice de masa corporal mayor a 30, cubriremos asesoramiento intensivo para ayudarle a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo obtiene en un centro de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria para obtener más información.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes de detección de obesidad y tratamientos preventivos.
Servicios del programa de tratamiento para dejar los opiáceos Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opiáceos (OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar el consumo de OUD a través de un programa de tratamiento para dejar los opiáceos (OTP), incluidos los siguientes servicios: • Medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas de los opiáceos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). • Entrega y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde). • Asesoramiento para el consumo de sustancias • Terapia individual y de grupo. • Pruebas de toxicología. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas.	Copago de $0. *Se requiere autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	
• Radiografías.	Copago de $0. *Se requiere autorización previa, excepto para los servicios prestados en un centro de enfermería o consultorio médico.*
• Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y servicios de técnicos.	Coseguro del 20%. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa.*
• Suministros quirúrgicos, como vendajes.	Coseguro del 20%. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa.*
• Entablillados, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones.	Coseguro del 20%. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa.*
• Exámenes de laboratorio.	Copago de $0. *Se requiere autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Sangre, incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Debe pagar por las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario, donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que lo haga. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.	Coseguro del 20%. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.
• Pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando el médico u otro proveedor de cuidados médicos las solicita para tratar un problema médico.	Coseguro del 20%. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa.*
• Procedimientos y pruebas de diagnóstico (servicios no radiológicos)	Coseguro del 20%. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa, excepto para los servicios prestados en un centro de enfermería o consultorio médico.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si es necesario que ingrese como paciente interno o puede recibir el alta. Para que se cubran los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación únicamente están cubiertos cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de concesión de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes al hospital o indicar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo en el hospital como paciente internado, usted será un paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de información de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	Copago de $100. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	
• Servicios en un departamento de emergencias	Consulte la sección "Atención de emergencia" en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.
• Servicios en una clínica para pacientes ambulatorios	Consulte la sección "Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico" en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.
• Servicios de observación	Consulte la sección "Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios" de esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Servicios de cirugía para pacientes ambulatorios	Consulte la sección "Cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios brindados en centros para pacientes externos" de esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.
• Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturadas por el hospital.	Consulte la sección "Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos" en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.
• Cuidado de la salud mental, incluido el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario el tratamiento como paciente interno sin dicho programa.	Consulte la sección "Atención de salud mental para pacientes externos" en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.
• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.	Consulte la sección "Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios" en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Suministros médicos, como tablillas y yesos.	Consulte la sección "Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios" en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.
• Ciertos medicamentos y productos biológicos que no pueda autoadministrarse **Nota:** A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo en el hospital como paciente internado, usted será un paciente ambulatorio y deberá pagar los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital.	Consulte la sección "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare" en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.
Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico (CSW), especialista en enfermería clínica (CNS), asesor profesional autorizado (LPC), terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), profesional en enfermería (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal vigente.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Servicios prestados por un psiquiatra (sesiones individuales)	Coseguro del 20%. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.
• Servicios prestados por un psiquiatra (sesiones grupales)	Coseguro del 20%. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.
• Servicios prestados por otros proveedores de atención de salud mental (sesiones individuales)	Copago de $25. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.
• Servicios prestados por otros proveedores de atención de salud mental (sesiones grupales)	Copago de $25. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Entre los servicios cubiertos se incluyen la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del lenguaje/habla. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en diversos entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos de un hospital para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Servicios prestados por un fisioterapeuta o un terapeuta del habla y del lenguaje	Copago de $5. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Es posible que se requiera autorización previa según el proveedor y su contrato con nuestro plan.*
• Servicios prestados por un terapeuta ocupacional	Copago de $5. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Es posible que se requiera autorización previa según el proveedor y su contrato con nuestro plan.*
Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos Tiene cubierto el tratamiento por abuso de sustancias, según lo cubierto por Original Medicare.	
• Sesiones individuales	Coseguro del 20%. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Sesiones grupales	Coseguro del 20%. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa.*
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en centros para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si se va a realizar una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor si será como paciente interno o ambulatorio. A menos que el proveedor deje por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para cirugía para pacientes externos. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.	
• Servicios prestados en un hospital para pacientes externos	Copago de $0 a $250. Copago de $0 para colonoscopia de diagnóstico y extracción de pólipos. Copago de $250 por todos los demás servicios Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Servicios brindados en un centro quirúrgico ambulatorio	Coseguro del 20%. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa.*
Productos de venta libre (OTC) Los miembros pueden aplicar los fondos de asignación para la compra de productos de salud y bienestar de venta libre. Su plan también incluye la cobertura de audífonos de venta libre como parte de esta asignación. *The Helper Bees gestiona este beneficio. Todos los artículos deben comprarse a través de The Helper Bees. La asignación está precargada en su tarjeta para usarla en tiendas minoristas aprobadas o para pedir artículos en línea.* Su conserje médico puede ayudarle a crear su cuenta, revisar su saldo actual, buscar qué artículos están cubiertos o realizar un pedido. Para todas las demás consultas, visite **thehelperbees.com/perennial**, llame a The Helper Bees al 1-833-284-2435 o comuníquese con nuestro equipo de Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 para obtener ayuda.	Incluido como parte de su Asignación para una vida saludable. Consulte la sección “Asignación para una vida saludable” en esta Tabla de beneficios para conocer más detalles.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos	
La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta certificado especializado en matrimonio y familia (LMFT) o consejero profesional certificado, y es una alternativa a la hospitalización.	Coseguro del 20%. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa.*
El *servicio intensivo para pacientes ambulatorios* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento para pacientes externos de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un Centro de salud calificado por el gobierno federal o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar certificado (LMFT), o asesor profesional certificado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	Coseguro del 20%. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen:	
• Servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios prestados en un consultorio médico por un proveedor de atención primaria.	**Dentro de la red:** Copago de $0 **Fuera de la red (POS):** Copago de $0
• Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que recibe en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro lugar.	Consulte la sección “Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en centros para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios” de esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.
• Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista.	**Dentro de la red:** Copago de $0 **Fuera de la red (POS):** Copago de $0
• Servicios prestados por otros profesionales de atención médica.	Coseguro del 20%. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.
• Exámenes de audición y equilibrio básicos realizados por su PCP o especialista, si su médico lo solicita para saber si necesita tratamiento médico.	Consulte la sección “Servicios de audición” en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: Capacitación para el autocontrol de la diabetes, sesiones grupales de servicios especializados en salud mental, sesiones individuales de servicios especializados en salud mental, servicios de educación sobre enfermedad renal, servicios de especialistas médicos y servicios de médicos de atención primaria. o Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telemedicina. Si decide recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe recurrir a un proveedor de la red que ofrezca los servicios por este medio. o Los medios de intercambio electrónico utilizados para cada servicio de la Parte B ofrecido como un beneficio adicional de telesalud de MA pueden proporcionarse por teléfono, videoconferencia u otras tecnologías habilitadas para Internet a medida que estén disponibles para el miembro y el proveedor.	copago de $0 a $25. El costo compartido para telesalud coincide con el costo compartido para consultas en persona. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.
• Algunos servicios de telesalud, incluidos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional de la salud para pacientes en determinadas áreas rurales y otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal para los miembros con servicios de diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal en un hospital o en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación.	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de atención primaria o de cuidado especializado (como se describe en la sección “Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico”).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Servicios de telesalud para los miembros con un trastorno debido al uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación.	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de atención primaria o especializados (como se describe en "Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico" más arriba) o el costo compartido como se describe en la sección "Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos ambulatorios".
• Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de atención primaria o especializados (como se describe en "Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico" más arriba) o el costo compartido como se describe en la sección "Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios".

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionadas por clínicas de salud rural y centros de salud calificados por el gobierno federal.	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de atención primaria o especializados (como se describe en "Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico" más arriba) o el costo compartido como se describe en la sección "Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios".
• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos **si**: o Usted no es un paciente nuevo **y** o el control no está relacionado con una visita al consultorio médico en los últimos 7 días **y** o el control no resulta en una visita al consultorio médico en un plazo de 24 horas o la próxima la cita disponible	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de atención primaria o de cuidado especializado (como se describe en la sección “Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico”).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Evaluación de imágenes o video que usted envía a su médico, interpretación y seguimiento en un plazo de 24 horas **si**: o Usted no es un paciente nuevo **y** o La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio médico en los últimos 7 días **y** o la evaluación no resulta en una visita al consultorio médico en un plazo de 24 horas o la próxima la cita disponible	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de atención primaria o de cuidado especializado (como se describe en la sección "Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico").
• Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro electrónico de salud.	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de atención primaria o de cuidado especializado (como se describe en la sección "Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico").
• Segunda opinión antes de la cirugía	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de atención primaria o de cuidado especializado (como se describe en la sección "Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico").

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • El diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo del pie en martillo o espolón calcáneo) • Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. ***Beneficios suplementarios*** **Podiatría de rutina (cuidado para los pies)** Comuníquese con el plan para obtener información adicional.	Copago de $0 Copago de $0. Se limita a 6 consultas por año.
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer el VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluido el cargo de la administración del medicamento, si corresponde • Hasta 8 sesiones individuales de asesoramiento (que incluyen evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y cumplimiento con el tratamiento) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. • Una única prueba de detección del virus de la hepatitis B.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de la PrEP.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses: • Tacto rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	Copago de $0 No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de antígeno prostático (PSA).
Dispositivos ortésicos y protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no dentales) que reemplazan una parte o función del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, la prueba, adaptación o capacitación en el uso de dispositivos ortésicos y protésicos; así como: bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, soportes, zapatos protésicos, prótesis de extremidades y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, incluye parte de la cobertura posterior a una extracción o cirugía de cataratas. Consulte *Atención de la vista* más adelante en esta tabla para obtener más detalles.	Coseguro del 20% Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	Coseguro del 20% Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa.*
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas), que abusan del alcohol, pero que no son alcohólicos. Si su examen de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones personales de asesoramiento breves por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) suministradas por un médico de atención primaria calificado en un centro de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para exámenes de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) Para las personas que califican, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son los siguientes**: personas de entre 50 y 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes por año y que fuman actualmente, que han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para una LDCT durante una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la detección de cáncer de pulmón que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y que fue realizada por un médico o un profesional no médico calificado. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de una prueba de detección inicial con una LDCT:* los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionarse durante cualquier consulta apropiada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado elige proporcionar asesoramiento y una consulta de toma de decisiones compartidas para un examen de detección posterior del cáncer de pulmón con tomografía computarizad de baja dosis (LDCT), la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas que cubre Medicare o para la LDCT.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención de salud calificado la solicita, y usted cumple con una de estas condiciones: • Corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas ilícitas por vía inyectable. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se lo considera de alto riesgo, cubrimos una prueba de detección una sola vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, si ha seguido usando drogas ilícitas por vía inyectable desde su última prueba negativa de detección de hepatitis C), cubrimos pruebas de detección anuales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de alta intensidad de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para exámenes de detección de ETS y asesoramiento sobre ETS cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios para enfermedad renal y servicios de diálisis incluyen los siguientes:	
• Servicios de educación para las enfermedades renales para enseñar a los miembros a cuidar sus riñones y ayudarlos a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para los miembros con enfermedad renal crónica en estadio IV, cuando son referidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de los servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida.	Copago de $0
• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando están temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o es inaccesible temporalmente).	Coseguro del 20% Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.
• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial).	Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes internados” en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.
• Capacitación para la autodiálisis (incluye capacitación para usted y la persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar).	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Equipos y suministros para diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas por parte de trabajadores capacitados en diálisis para controlar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para controlar su equipo de diálisis y suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección **Medicamentos de la Parte B de Medicare** en esta tabla.	Consulte la sección "Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados" en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables. Consulte la sección "Atención de una agencia de servicios de salud en el hogar" en esta tabla de beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) (Consulte el Capítulo 12 para obtener una definición de los centros de atención de enfermería especializada. Los centros de atención de enfermería especializada suelen denominarse SNF). No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que se le administran como parte de nuestro plan de cuidado (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre).	**Dentro de la red:** Copago de $0. Se aplica el período de beneficio por ingreso o por estadía. No se requiere hospitalización previa. *Es posible que se requiera autorización previa según el proveedor y su contrato con nuestro plan.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Sangre, incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario, donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que lo haga. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF. • Exámenes de laboratorio normalmente provistos por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF. • Uso de dispositivos de apoyo, como sillas de ruedas normalmente provistos por los SNF. • Servicios médicos o profesionales. En general, usted obtiene el cuidado de SNF en centros del plan. En determinadas condiciones que se indican a continuación, es posible que pueda pagar los costos compartidos dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red, si el centro acepta los montos de nuestro plan para el pago. • Un hogar de ancianos o una comunidad de cuidado continuo para jubilados en donde usted estuviera viviendo antes de ingresar al hospital (siempre y cuando el lugar proporcione el cuidado en un centro de enfermería especializada). • Un SNF en el que viva su cónyuge o pareja de hecho en el momento de abandonar el hospital.	**Fuera de la red (POS):** Copago de $0. Se aplica el período de beneficio por ingreso o por estadía. No se requiere hospitalización previa. *Es posible que se requiera autorización previa según el proveedor y su contrato con nuestro plan.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios e internados que cumplan con estos criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento. • El asesoramiento lo brinda un médico o profesional reconocido por Medicare que cumpla con los requisitos correspondientes. Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibe hasta 8 sesiones por año).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para programas para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos ***(* Beneficios de SSBCI marcados con un asterisco)*** Los beneficios que se mencionaron son parte de un programa suplementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. Puede ser elegible si tiene una de las siguientes condiciones crónicas: Trastornos autoinmunitarios; cáncer; trastornos cardiovasculares; trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD); trastornos mentales crónicos e incapacitantes; afecciones crónicas que	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato; enfermedad gastrointestinal crónica; insuficiencia cardíaca crónica; hiperlipidemia crónica; hipertensión crónica; enfermedad renal crónica (CKD); trastornos pulmonares crónicos; afecciones asociadas con deterioro cognitivo; afecciones que requieren servicios terapéuticos continuos para mantener o recuperar la funcionalidad; afecciones con limitaciones funcionales; demencia; diabetes mellitus; VIH/SIDA; trastornos de inmunodeficiencia e inmunosupresión; trastornos neurológicos; osteoporosis; sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico; postrasplante de órganos; trastornos hematológicos graves o accidente cerebrovascular. Además, los miembros deben reunir los siguientes requisitos: • El plan y un proveedor de atención médica deben determinar que el paciente tiene un alto riesgo de hospitalización u otros resultados negativos de salud • Requerir un alto nivel de coordinación de los cuidados. Incluso si un miembro tiene una afección crónica que reúna los requisitos, es posible que no reciba estos beneficios. Póngase en contacto con nosotros para averiguar si reúne los requisitos.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Apoyos generales para la vida*	
Los miembros elegibles pueden solicitar fondos para pagar su alquiler, hipoteca, servicios de wifi o el teléfono celular.	$100 cada mes.
Los miembros elegibles pueden destinar fondos a indumentaria (ropa esencial para las necesidades relacionadas con la salud y ropa adaptable para facilitar la vestimenta). *The Helper Bees gestiona este beneficio. Todos los artículos deben comprarse a través de The Helper Bees. La asignación está precargada en su tarjeta para usarla en tiendas minoristas aprobadas o para pedir artículos en línea.* Su conserje médico puede ayudarle a crear su cuenta, revisar su saldo actual, buscar qué artículos están cubiertos o realizar un pedido. Para todas las demás consultas, visite **thehelperbees.com/perennial**, llame a The Helper Bees al 1-833-284-2435 o comuníquese con nuestro equipo de Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 para obtener ayuda.	Incluido como parte de su Asignación para una vida saludable. Consulte la sección “Asignación para una vida saludable” en esta Tabla de beneficios para conocer más detalles.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Alimentos* Los miembros elegibles pueden comprar productos comestibles cubiertos con una tarjeta de débito proporcionada por el Plan *The Helper Bees gestiona este beneficio. Todos los artículos deben comprarse a través de The Helper Bees. La asignación está precargada en su tarjeta para usarla en tiendas minoristas aprobadas o para pedir artículos en línea.* Su conserje médico puede ayudarle a crear su cuenta, revisar su saldo actual, buscar qué artículos están cubiertos o realizar un pedido. Para todas las demás consultas, visite **thehelperbees.com/perennial**, llame a The Helper Bees al 1-833-284-2435 o comuníquese con nuestro equipo de Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 para obtener ayuda.	Incluido como parte de su Asignación para una vida saludable. Consulte la sección “Asignación para una vida saludable” en esta Tabla de beneficios para conocer más detalles.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Artículos de higiene personal* Los miembros elegibles pueden comprar artículos de higiene personal, como champú/acondicionador, cepillos, gel de baño/jabón, productos de papel, artículos de aseo, productos de limpieza y desodorante. *The Helper Bees gestiona este beneficio. Todos los artículos deben comprarse a través de The Helper Bees. La asignación está precargada en su tarjeta para usarla en tiendas minoristas aprobadas o para pedir artículos en línea.* Su conserje médico puede ayudarle a crear su cuenta, revisar su saldo actual, buscar qué artículos están cubiertos o realizar un pedido. Para todas las demás consultas, visite **thehelperbees.com/perennial**, llame a The Helper Bees al 1-833-284-2435 o comuníquese con nuestro equipo de Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 para obtener ayuda.	Incluido como parte de su Asignación para una vida saludable. Consulte la sección “Asignación para una vida saludable” en esta Tabla de beneficios para conocer más detalles.
Servicios de transporte para necesidades no médicas* Los miembros elegibles pueden usar su beneficio de servicios de transporte que no sean de emergencia para visitar sitios no médicos, como centros comunitarios, tiendas de alimentos u otras citas. Este beneficio no agrega viajes adicionales al límite de viajes actual. Comuníquese con el plan para obtener información adicional.	Consulte la sección “Servicios de transporte” de esta tabla de beneficios para obtener más información.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Terapia de ejercicio supervisada (SET) La Terapia de ejercicio supervisada (SET) está cubierta para miembros que padecen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y tienen una remisión para la PAD por parte del médico responsable del tratamiento de la enfermedad. La cobertura incluye hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración e incluye un programa de entrenamiento y ejercicio terapéutico para pacientes con PAD que tengan claudicación. • Realizarse en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Ser brindado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD. • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA) o enfermero especializado(NP)/especialista en enfermería clínica (CNS) que deben estar capacitados en técnicas de soporte de vida tanto básicas como en avanzadas. El programa de SET puede cubrirse más allá de las 36 sesiones en 12 semanas para otras 36 sesiones en un período prolongado si un proveedor de cuidado de salud lo considera médicamente necesario.	Coseguro del 20%. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. *Se requiere autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de transporte (para casos que no sean de emergencia) Se considera viaje el transporte de ida en taxi, vehículo compartido, furgoneta o transporte médico a cualquier lugar relacionado con la salud. Beneficio adicional para miembros elegibles (SSBCI)*: Los miembros que califican para los beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) pueden usar este beneficio en cualquier lugar, no solo para viajes relacionados con la salud. Consulte más detalles en esa sección. Debe acudir a los proveedores de la red de The Helper Bees para que los servicios de transporte estén cubiertos. Su conserje médico puede ayudarle a crear su cuenta, programar un viaje o revisar su beneficio. Para todas las demás consultas, visite **thehelperbees.com/perennial**, llame a The Helper Bees al 1-833-284-2435 o comuníquese con nuestro equipo de Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 para obtener ayuda.	Copago de $0. Se limita a 24 viajes de ida por año. Cada viaje tiene un límite de 30 millas

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o si, aun dentro de dicha área, debido a sus horarios, su ubicación o sus circunstancias, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle a usted los costos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. La cobertura se limita a los Estados Unidos y sus territorios.	Copago de $55. Usted no paga este monto si ingresa en el hospital dentro de 3 días. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones de la vista) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos un examen de detección de glaucoma por año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.	Coseguro del 20%. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo. Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Para las personas con diabetes, las pruebas de detección de retinopatía diabética están cubiertas una vez al año.	Coseguro del 20%. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de un lente intraocular. Si se realiza 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio luego de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía.	Coseguro del 20%. Usted paga estos montos hasta que alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo.
Beneficios suplementarios También cubrimos lo siguiente:	
• Controles de la vista de rutina	Copago de $0. Se limita a 1 consulta por año.
• Anteojos (u otro accesorio para la vista) *Este beneficio es administrado por NationsVision. Después de su examen de la vista, puede solicitar anteojos en línea a través del portal de NationsVision.* Su conserje médico puede ayudarle a crear su cuenta, programar un examen de audición, localizar un proveedor dentro de la red o revisar sus beneficios de audición y su asignación actual. Para todas las demás consultas, visite **perennialadvantage.nationsbenefits.com/vision,** llame a NationsHearing al 1-833-689-1751, o comuníquese con nuestro equipo de Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 para obtener ayuda.	$275 por año para lentes, marcos o mejoras de anteojos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre una única consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, informe al consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.

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

Esta sección indica qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

En la siguiente tabla se detallan los servicios y artículos que no están cubiertos en ningún caso o que están cubiertos solo en situaciones específicas.

Si usted recibe servicios que están excluidos (no están cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas indicadas a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos no están cubiertos, y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se decide, mediante una apelación, que es un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9).

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

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

CAPÍTULO 5:
Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

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

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

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que le emita una receta, que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- La persona que escribió la receta no debe estar en la Lista de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos recetados (consulte la Sección 2), o bien, puede obtener su medicamento con receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por determinadas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre indicaciones médicamente aceptadas).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Para obtener más información, consulte la Sección 4 de este capítulo).

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

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

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para proporcionarle los medicamentos cubiertos. Por "medicamentos cubiertos" se entienden todos los medicamentos de la Parte D que figuran en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Buscar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, diríjase al *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (PerennialAdvantage.com/find-providers/) o llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Si la farmacia deja de formar parte de la red

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o use el Directorio de farmacias. También puede encontrar información en nuestro sitio web en PerennialAdvantage.com.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para las personas que residen en un centro de cuidado a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de LTC (como un hogar de

ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena/Tribal/Urbana (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos estadounidenses o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que suministran medicamentos que están restringidos por la FDA para ciertos lugares o que demandan una manipulación especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de farmacias* (PerennialAdvantage.com/find-providers/) o llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos que se proporcionan a través de pedido por correo son aquellos medicamentos que usted toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir **un suministro del medicamento para *30* días *como mínimo* y para *90* días *como máximo***.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a nuestro centro de atención telefónica de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono) o consulte la sección de pedidos por correo en nuestro sitio web PerennialAdvantage.com.

Por lo general, el pedido de una farmacia de pedidos por correo se le enviará dentro de los 14 días. Si su pedido por correo se retrasa, llame a nuestro centro de llamadas de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono) o a la farmacia de pedidos por correo de Costco al 1-800-607-6861 para resolver el retraso u obtener autorización para recibir el surtido en una farmacia minorista.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia obtiene una receta de un proveedor de cuidado de la salud, se comunicará con usted para determinar si desea que le surtan el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que responda cada vez

que la farmacia se comunique con usted para informarles si deben enviar, demorar o suspender la nueva receta.

Resurtidos de recetas de pedido por correo. En relación con los resurtidos, comuníquese con su farmacia *14* días antes de que los medicamentos recetados actuales se le acaben, para asegurarse de que el próximo pedido sea enviado a tiempo.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro plan ofrece 2 formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos para tratamiento a largo plazo que figuran en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos medicamentos que usted toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo).

1. En el *Directorio de farmacias* (PerennialAdvantage.com/find-providers/) se detallan las farmacias de nuestra red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio en las que usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para averiguar si hay una farmacia de la red cerca.

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

- Si necesita un medicamento con receta debido a una emergencia médica.
    - Cubriremos los medicamentos con receta que se obtengan en una farmacia fuera de la red si los medicamentos con receta están relacionados con la atención de una emergencia médica. En esta situación, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar solo su copago o coseguro) cuando obtenga su medicamento con receta. Puede solicitar que le reembolsemos la parte que

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

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

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

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

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

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

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y fue aprobada por Medicare. En la Lista de medicamentos solo se muestran los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

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

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

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

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

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original, pero

suelen ser más económicos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

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

Medicamentos sin receta

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta sin receta. Algunos medicamentos de venta sin receta son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

Sección 3.2 5 niveles de costos compartidos para medicamentos de la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el nivel, mayor será el costo del medicamento:

- El Nivel 1 de costo compartido incluye medicamentos genéricos preferidos. Este es el nivel de costo compartido más bajo.
- El Nivel 2 de costo compartido incluye otros medicamentos genéricos.

- El Nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos de marca preferidos.
- El nivel 4 de costo compartido incluye los medicamentos no preferidos.
- El Nivel 5 de costo compartido incluye medicamentos de especialidad. Este es el nivel de costo compartido más alto.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan. El monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6.

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

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

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica.
- Visite el sitio web de nuestro plan (PerennialAdvantage.com/formulary/). La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para pedir una copia de la lista.
- Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” (PerennialAdvantage.com) de nuestro plan para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener una estimación de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma condición. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

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

Si un medicamento seguro y de bajo costo funcionará médicamente como un medicamento de mayor costo, las normas de nuestro plan están diseñadas para recomendarle a usted y a su proveedor el uso de esa opción de menor costo.

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

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tienen que tomar medidas adicionales para que lo cubramos. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre lo que usted o su proveedor pueden hacer para obtener la cobertura del medicamento**. Si desea que anulemos la restricción, tendrá que utilizar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos no estar de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se establece para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por nuestro plan. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para

Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web (PerennialAdvantage.com/formulary/).

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito le recomienda que pruebe un medicamento menos costoso, pero generalmente tan eficaz antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, nuestro plan puede solicitar que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, nuestro plan cubrirá entonces el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web (PerennialAdvantage.com/formulary/).

Límites de cantidad

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

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

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

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O bien, que la versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no lo esté.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales a la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más costoso de lo que usted considera que debería ser.

Si el medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más costoso de lo que usted considera que debería ser, consulte la Sección 5.1 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

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

Puede obtener un suministro temporal

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

Para poder recibir un suministro temporal, el medicamento que usted toma **debe haber sido eliminado de la Lista de medicamentos de nuestro plan O debe estar ahora sujeto a alguna restricción.**

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su afiliación en nuestro plan**.**
- **Si usted formaba parte de nuestro plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 31 días. Si su receta se emite por menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionarle un máximo de 31 días de medicamento. El medicamento debe resurtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de cuidado a largo plazo puede suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar desperdicios).
- **Para aquellos miembros que han sido parte del plan durante más de 90 días, son residentes en un centro de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal mencionado anteriormente.

- Le proporcionaremos un suministro de transición único para 31 días por medicamento, que cubrirá un suministro temporal si tiene un cambio en sus medicamentos debido a un cambio en el nivel de atención. Un cambio en el nivel de atención puede incluir lo siguiente:
    - Entrar o salir de un centro de atención a largo plazo (LTC)
    - Ser dado de alta de un hospital a un domicilio
    - Finalizar una estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare
    - Renunciar al estado de hospicio y volver a los beneficios estándar de Medicare
    - Finalizar una estadía en un centro de LTC y regresar a su hogar
    - Ser dado de alta de un hospital psiquiátrico con un régimen farmacológico altamente individualizado

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Durante el tiempo que esté utilizando el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine dicho suministro. Tienes 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiarlo por otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si otro medicamento cubierto por nuestro plan podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esa lista puede ayudarle a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que usted desearía. Si su proveedor confirma que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, el proveedor puede ayudarle en el proceso. Por ejemplo, puede solicitar a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O bien puede solicitar al plan que haga una excepción y que cubra el medicamento sin restricciones.

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

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

Sección 5.1 Qué debe hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que considera demasiado alto

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, puede hacer alguna de las siguientes cosas:

Puede cambiarlo por otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Es posible que haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esa lista puede ayudarle a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor confirma que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción a la norma, el proveedor puede ayudarle en el proceso.

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

Los medicamentos de nuestro Nivel 5 (nivel de especialidad) no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto de costos compartidos para los medicamentos de este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede modificarse durante el año

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

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

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

Información sobre cambios en la cobertura para medicamentos

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

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

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar <u>inmediatamente</u> o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
    - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del

medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior, y con las mismas o menos restricciones.

- Solo realizaremos estos cambios inmediatos si añadimos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o añadimos determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Podemos realizar estos cambios de inmediato y notificárselo posteriormente, incluso si usted toma el medicamento que eliminamos o al que le hicimos cambios. Si toma el medicamento en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre el cambio específico que hayamos hecho.

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
  - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior, y con las mismas o menos restricciones.
  - Solo realizaremos estos cambios si añadimos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o añadimos determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que esté tomando.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
  - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, se lo informaremos después de realizar el cambio.

- **Hacer otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos.**
    - Es posible que hagamos otros cambios una vez que el año haya comenzado y que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
    - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 30 días del medicamento que esté tomando.

Si realizamos cambios en alguno de los medicamentos que está tomando, hable con su médico acerca de las opciones que más le convendrían, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección, o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer las nuevas restricciones del medicamento que está tomando. Usted y la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para que sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

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

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

- Pasaremos su medicamento a un nivel de costos compartidos más alto.
- Pusimos una nueva restricción para el uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que toma (excepto si se retira del mercado, un medicamento genérico sustituye a un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará a su uso ni a lo que paga como su parte del costo hasta el 1.º de enero del próximo año.

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

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

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

A continuación, se mencionan 3 normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán a través de la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *fuera de indicación* cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX Micromedex. El uso *fuera de indicación* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.

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

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

- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuyo fabricante exija como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de monitoreo se compren exclusivamente al fabricante.

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

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, proporcione su información de afiliación a nuestro plan (que se encuentra en su tarjeta de afiliación) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan la parte que *nos* corresponde del costo de sus medicamentos. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja el medicamento recetado.

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

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

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

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

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que reciba el alta del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras normas para la cobertura descritas en este capítulo.

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

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

Consulte el *Directorio de farmacias (*PerennialAdvantage.com/find-providers/) para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo (LTC), o la que el centro utiliza, forma parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de manera rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC.

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

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

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

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso en el que se le informa si su cobertura de medicamentos con receta para el próximo año calendario es válida.

Si la cobertura del plan grupal es acreditable, significa que su plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos de Medicare.

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

Sección 9.4 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no se relacionan con su enfermedad terminal ni sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona autorizada a darle recetas o por su centro de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pida a su proveedor de cuidados paliativos o a la persona autorizada a dar recetas que le envíen una notificación antes de que surtan la receta.

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

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para ayudar a garantizar que nuestros miembros reciban un cuidado seguro y adecuado.

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

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

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

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

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

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

Si decidimos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta se le indicará si le limitaremos la cobertura de estos medicamentos, o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de una persona autorizada a dar recetas o de una farmacia específica. Tendrá la oportunidad de indicarnos qué personas autorizadas a dar recetas o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si considera que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y la persona a darle recetas tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si continuamos denegando una parte de su solicitud sobre las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

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

Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar los medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros para asegurarnos de que nuestros miembros aprovechen al máximo los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen determinadas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de costos de medicamentos, o que están en un DMP para ayudarles a usar sus opioides de forma segura, pueden obtener los servicios de un MTM. Si reúne los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud

llevarán a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta sin receta. Recibirá un resumen por escrito con una lista de cosas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma y cuándo, y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

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

Si contamos con un programa que se ajuste a sus necesidades, automáticamente le inscribiremos en él y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y le retiraremos. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

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

Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D en esta** *Evidencia de cobertura* **que no se aplique a su caso.** Le enviamos un inserto aparte, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben la "Ayuda Adicional" para pagar los medicamentos recetados*) (también conocida como *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *cláusula adicional LIS.*

En este capítulo, usamos el término "medicamento" para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son 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 cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información sobre el pago, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué normas cumplir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5 se explican estas normas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos (PerennialAdvantage.com), el costo que ve muestra una estimación de los gastos de bolsillo que tendría que pagar. También puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Existen 3 tipos diferentes de gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D que es posible que se le pida pagar:

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

Sección 1.2 Cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo

Medicare tiene normas sobre qué se considera y qué no se tiene en cuenta para sus gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos cumplir para mantener un seguimiento de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos <u>se incluyen</u> en sus gastos de bolsillo.

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

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

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya pagado un total de $2,400 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

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

- Medicamentos 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 de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados y las vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que usted realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare.
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de descuentos del fabricante.

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por los medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Registro de sus gastos totales de bolsillo

- La *Explicación de Beneficios* (EOB) de la Parte D que recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto llegue a $2,400, la *Explicación de beneficios (EOB)* de la *Parte D* le informará que usted dejó la etapa de cobertura inicial y pasó a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Consulte la Sección 3.1 para obtener información sobre lo que puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP)

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos según Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP). El monto que usted paga por cada medicamento depende de la etapa en la que se encuentra cuando surte o resurte un medicamento. En este capítulo se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son las siguientes:

- **Etapa 1: Etapa del deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

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

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

- **Gastos de bolsillo:** esto es lo que pagó. Esto incluye lo que pagó cuando recibe un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos de la Ayuda Adicional de Medicare, de un empleador o plan de salud sindical, Servicio de Salud Indígena,

programas de asistencia de medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).

- **Costos totales de medicamentos:** es el total de todos los pagos realizados para sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Aquí encontrará lo que nuestro plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información para ese mes**. Este informe incluye detalles de pago de las recetas que surtió el mes anterior. Se 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 para el año desde el 1 de enero**. Aquí se muestran los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio del medicamento**. Aquí se muestran el precio total del medicamento y la información sobre los cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de recetas de la misma cantidad.
- **Medicamentos alternativos disponibles a menor costo**. Aquí se muestra información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos menores para cada reclamación de medicamentos con receta, si corresponde.

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

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

- **Muestre su tarjeta de afiliación cada vez que surte una receta**. Esto ayuda a asegurarnos de que sepamos cuáles son los medicamentos recetados que obtiene y lo que paga por ellos.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Es posible que en ocasiones usted pague el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para mantener un

seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a mantener un seguimiento de sus gastos de bolsillo, envíenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de sus recibos de medicamentos:**

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando 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 del fabricante del medicamento para el paciente.
- Cada vez que compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte del costo que nos corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos la información sobre los pagos que otras personas realizan por usted.** Los pagos hechos por otras personas y organizaciones también se aplican al cálculo de sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, en sus gastos de bolsillo se tienen en cuenta los pagos realizados por el Programa estatal de asistencia farmacéutica, el programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito**. Cuando reciba la *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D*, verifique que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP)

No hay deducible para Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP). Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información acerca de su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

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

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

Nuestro plan tiene 5 niveles de costos compartidos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento:

- El Nivel 1 de costo compartido incluye medicamentos genéricos preferidos. Este es el nivel de costo compartido más bajo.
- El Nivel 2 de costo compartido incluye otros medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos de marca preferidos. Usted paga un coseguro del 25% (hasta $35) por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- El nivel 4 de costo compartido incluye los medicamentos no preferidos. Usted paga un coseguro del 25% (hasta $35) por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- El Nivel 5 de costo compartido incluye medicamentos de especialidad. Este es el nivel de costo compartido más alto.

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

Sus opciones de farmacia

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

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

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

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

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

A veces, el costo del medicamento es menor que el copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en vez del copago.

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

Nivel	Costo compartido estándar en farmacias minoristas dentro de la red (un suministro para 30 días como máximo)	Costo compartido de pedido por correo (un suministro para 30 días como máximo)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (un suministro para 31 días como máximo)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro para 10 días como máximo)
Nivel 1 de costo compartido (genéricos preferidos)	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2 de costo compartido (genéricos)	Copago de $10	Copago de $10	Copago de $10	Copago de $10
Nivel 3 de costo compartido (marcas preferidas)	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
Nivel 4 de costo compartido (medicamento no preferido)	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
Nivel 5 de costo compartido (especialidad)	Coseguro del 33%	Coseguro del 25%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%

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

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

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

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

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, el costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago del medicamento, solo pagará la cantidad de días que recibe el medicamento en vez de un mes completo. Calculamos el monto 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 Sus costos por un suministro a *largo plazo* (para 90 días como máximo) de un medicamento cubierto de la Parte D

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

A veces, el costo del medicamento es menor que el copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en vez del copago.

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro para *90* días como máximo)	Costo compartido de pedido por correo (un suministro para *90* días como máximo)
Nivel 1 de costo compartido (genéricos preferidos)	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2 de costo compartido (genéricos)	Copago de $30	Copago de $30
Nivel 3 de costo compartido (marcas preferidas)	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
Nivel 4 de costo compartido (medicamento no preferido)	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
Nivel 5 de costo compartido (especialidad)	Los medicamentos de nivel 5 no cuentan con la opción de un suministro a largo plazo.	Los medicamentos de nivel 5 no cuentan con la opción de un suministro a largo plazo.

No pagará más de $70 por un suministro para un máximo de dos meses o $105 por un suministro para hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

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

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

La *EOB de la Parte D* que reciba le ayudará a mantener un seguimiento de cuánto han gastado usted, nuestro plan y cualquier otro tercero en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de $2,400 en el año.

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

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

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

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

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

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

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

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

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP).**
   - La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D son recomendadas por el ACIP y no tienen costo alguno.

2. **Dónde obtiene la vacuna.**
    - La vacuna en sí puede dispensarse en una farmacia o proporcionarse en el consultorio del médico.
3. **Quién le administrará la vacuna.**
    - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

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

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

A continuación, presentamos 3 ejemplos de formas en que podría recibir la vacuna de la Parte D.

Situación 1: La vacuna de la Parte D se le administra en la farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar donde usted viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

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

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

- Cuando reciba la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor que se la administra.

- Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración).

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

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted le paga a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total por este servicio.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:
Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

A veces, cuando obtiene cuidado médico o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que se dé cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (le reembolse). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Es posible que haya plazos que debe cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

Es posible que también haya veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total del cuidado médico que recibió o por más de la parte del costo compartido que le corresponde. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en vez de pagarla. Nosotros analizaremos la factura y decidiremos si debemos cubrir los servicios. Si decidimos que debemos cubrir los servicios, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarlo, le informaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor tiene contrato, usted tiene derecho a recibir tratamiento.

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

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

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

- Usted solo tiene la responsabilidad de pagar la parte que le corresponde del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia tienen la obligación legal de proporcionar cuidado de emergencia.
- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe el cuidado, pida que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que se solicita el pago que usted considera que no debe. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
    - Si se le adeuda dinero al proveedor, nosotros le pagaremos al proveedor directamente.
    - Si ya ha pagado más de la parte que le corresponde del costo del servicio, determinaremos cuánto tenemos que pagarle y le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde.

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

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

- Usted solo debe pagar el monto de costo compartido que le corresponde cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor dentro de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor para resolver el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor dentro de la red, pero considera que ha pagado demasiado, envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debe de acuerdo con nuestro plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Es posible que usted pague el costo total de la receta porque se da cuenta de que, por algún motivo, el medicamento no está cubierto.

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

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

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

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

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

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.

- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (PerennialAdvantage.com) o llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario.

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

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

Perennial Advantage
PO Box 730
Glen Burnie, MD 21060-0730

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

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

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

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

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento están cubiertos y usted cumplió con todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. La parte que nos corresponde del costo podría no ser el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que el precio negociado). Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

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

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

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

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

Nuestro plan 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 inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la disposición de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en formato Braille, en letra de mayor tamaño o en otros formatos alternativos si lo necesita, sin costo. Debemos brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para que le brindemos información en un formato que le resulte conveniente, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Si los proveedores de la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán el cuidado necesario. En este caso, usted pagará solamente el costo compartido correspondiente a un servicio dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no

hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en el cuidado de la salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llámenos para presentar una queja ante Servicios para Miembros (al dorso de este documento encontrará impresos los números de teléfono). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) dentro de la red de nuestro plan para proporcionar y organizar sus servicios cubiertos. No requerimos que obtenga un referido para consultar con los proveedores de la red.

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

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

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

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

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
    - Usted tiene derechos relacionados con su información y control sobre cómo se utiliza su información de salud. Le entregamos un aviso por escrito, que se

denomina *Aviso sobre prácticas de privacidad*, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

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

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

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

Usted tiene derecho a saber la manera en que se ha compartido su información de salud con otras personas para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Como miembro de Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP), usted tiene derecho a que le proporcionemos diferentes tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

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

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

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

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

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente de su costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y tomarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre los riesgos implicados en su cuidado. Se le debe informar por adelantado si algún cuidado médico o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir "no".** Usted tiene derecho a rehusarse a cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

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

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

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **directrices anticipadas**. Documentos como el **testamento vital** y el **poder de representación para las decisiones de cuidado médico** son ejemplos de directrices anticipadas.

Cómo establecer directrices anticipadas para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de directrices anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de directrices anticipadas en las organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Complete el formulario y fírmelo.** No importa en dónde obtenga el formulario, se trata de un documento legal. Considere la posibilidad de consultar a un abogado para que le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombre en el formulario que puede tomar decisiones por usted en el caso de que usted no pueda hacerlo. Es posible que desee entregarles copias a amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su hogar.

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

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

Completar un formulario de directrices anticipadas es su elección (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle cuidado ni puede discriminarlo por haber firmado o no directrices anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si ha firmado directrices anticipadas y cree que un médico u hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja (ante el Departamento de Salud de su estado, por ejemplo).

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

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se le informa qué puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **debemos tratarlo con imparcialidad**.

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

Si usted cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

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

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al:
    - Programa de Asistencia con el Seguro de Salud para Adultos Mayores (SHIP): 1-888-696-7213
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros de nuestro plan al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**

- **Llame a su SHIP local** al:
    - Programa de Asistencia con el Seguro de Salud para Adultos Mayores (SHIP): 1-888-696-7213
- **Comuníquese con Medicare**
    - Visite Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y Protecciones en Medicare*), disponible en: Medicare Rights & Protections)
    - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, se enumera lo que usted debe hacer como miembro del plan. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para ver lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
    - En los Capítulos 3 y 4 se proporcionan detalles acerca de los servicios médicos.
    - En los Capítulos 5 y 6 se proporcionan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de salud o de medicamentos además de nuestro plan, debe informarnos.** En el Capítulo 1 se le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Infórmele a su médico y a otros proveedores de cuidado de la salud que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro de nuestro plan cada vez que obtenga cuidado médico o medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores le ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su cuidado.**
    - Para ayudarle a obtener el mejor cuidado, infórmele a sus médicos y a otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento acordados entre usted y sus médicos.

  - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntarla y de que le brinden una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar pagando una prima por la Parte B de Medicare.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
  - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, deberá pagarla para conservar su cobertura de medicamentos.
  - Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio del plan, debemos saberlo** para mantener actualizado su registro de afiliación y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).**

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

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican 2 tipos de procesos formales para abordar los problemas y las inquietudes:

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

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

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

Sección 1.1 Términos legales

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

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

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Aunque tenga una queja sobre nuestro tratamiento, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Siempre debe llamar a Servicios para Miembros al **1-844-788-6959** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también desee la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Estas son dos organizaciones que pueden ayudarle:

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

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

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

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para recibir ayuda.

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

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

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

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

Sí.

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

No.

Consulte la **Sección 10, Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Guía de decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de cuidado médico (servicios, productos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a los productos y servicios médicos, y medicamentos de la Parte B de Medicare como **cuidado médico.** Usted puede usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no, y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

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

En limitadas circunstancias, una solicitud de decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuando una solicitud será desestimada incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su

nombre, pero no está autorizada legalmente para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos la solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso para explicar por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos tener la opción de decidir si el cuidado médico no está cubierto o que ya no tenga cobertura para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

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

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

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

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

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de cuidado médico al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con la apelación de Nivel 1.

- Consulte la **Sección 5.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 de cuidado médico.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan en la Sección 6.

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

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

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

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Obtenga ayuda gratuita** del Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación después del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.)
    - Para el cuidado médico o los medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otra persona que escribió la receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o la persona que escribió la receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante, con el fin de solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Designación de representante*. (El formulario

también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.) Este formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.

  - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta que no lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de que venza el plazo para tomar una decisión sobre su apelación, la solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que le explicaremos su derecho a pedirle a una Organización de Revisión Independiente que examine nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que solicite algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 4.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

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

- **Sección 5**: Cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6**: Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7**: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto
- **Sección 8**: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si siente que su cobertura está finalizando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios:* servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF])

Si no está seguro de qué información le corresponde, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

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

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

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

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

1. No está recibiendo el cuidado médico que quiere y cree que el plan cubre dicho cuidado. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no aprueba el cuidado médico que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que este cuidado está cubierto por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

3. Recibió cuidado médico que cree que debería estar cubierto por nuestro plan, pero le dijimos que no pagaríamos dicho cuidado. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

4. Recibió cuidado médico y lo pagó, y cree que el plan debería cubrirlo, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de este cuidado. **Envíenos la factura. Sección 5.5**

5. Le han dicho que la cobertura de cierto cuidado médico que ha recibido y que nosotros aprobamos previamente se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esa reducción o suspensión podrían perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

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

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura que implica su cuidado médico se denomina **determinación de la organización**.

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

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

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

- Puede solicitar cobertura *solo* para productos o servicios médicos (no puede solicitar el pago de productos o servicios que ya recibió).
- Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si los plazos estándares pudieran poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad para recuperar una función.

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

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

- Una explicación de que se aplicarán los plazos estándar.
- Una explicación de que, si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, esta se otorgará automáticamente.

- Una explicación de que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

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

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

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

Para las decisiones estándar de cobertura utilizamos los plazos estándares.

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

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

Para decisiones rápidas de cobertura utilizamos un plazo acelerado.

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

- **No obstante,** si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es sobre un producto o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

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

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

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

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

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

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

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

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de cuidado, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura y aparecen en la Sección 5.2.

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

- **Si desea solicitar una apelación estándar, hágalo por escrito.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Si desea solicitar una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para no cumplirlo, explique el motivo por el cual su apelación llega tarde cuando la presenta. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una razón válida para no cumplir con la fecha límite pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica y Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

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

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

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibimos su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si demoramos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le informará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente le enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le informará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de que recibimos su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario después de** recibir su apelación. Le daremos la respuesta antes si su afección médica así lo requiere.
    - Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si demoramos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

- Si considera que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta dentro del plazo (o al final del plazo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en el que una organización de revisión independiente revisará la apelación. La organización de revisión independiente le informará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionarle la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o en un **plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación**, la enviaremos automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le informará por escrito cuando reciba su apelación.

Sección 5.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente.** A veces, se la denomina **IRE**.

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

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

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

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

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

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 72 horas** de recibida su apelación.
- Si su solicitud es para un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si se demoran días adicionales, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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

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

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le brinda una respuesta.

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

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud sobre un producto o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de **72 horas** o brindar el servicio en un plazo de 14 días

calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándares**. En el caso de las **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.

- **Si la organización de revisión independiente acepta total o parcialmente su solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B dentro de las **72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar.** En el **caso de las solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación,** significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura médica. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:
    - Se explica la decisión.
    - Se le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de cuidado médico cumple un mínimo determinado. el aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
    - Le indica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

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

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

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

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

Si nos envía la documentación para pedir un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si el cuidado médico que pagó está cubierto. También comprobaremos si siguió las normas para el uso de su cobertura para el cuidado médico.

- **Si aceptamos su solicitud**: Si el cuidado médico está cubierto y siguió las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo, por lo general, en el plazo de 30 días calendario, pero antes de los 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si todavía no pagó el cuidado médico, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si el cuidado médico *no* está cubierto o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos el cuidado médico y las razones.

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones de la Sección 5.3. En el caso de las apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de que recibimos su apelación. Si nos pide que le reembolsemos el cuidado médico que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.

- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

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

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

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

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal:

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

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

- Quiere solicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de Medicamentos Cubiertos de nuestro plan. **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Quiere solicitar que se elimine una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar primero con otro medicamento). **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Quiere pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Quiere pedirnos una aprobación previa para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Quiere pedirnos que paguemos por un medicamento recetado que ya compró. **Pedirnos que le reembolsemos el dinero. Sección 6.4**

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

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 Solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al formulario**.

Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento es una **excepción al formulario**.

Solicitar pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona que escribió la receta deberán explicar los motivos médicos por los que usted necesita que se apruebe la excepción. A continuación, se describen tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos de nivel 4. No puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que necesitamos que pague por el medicamento si hemos acordado cubrir el medicamento que no figuraba en la Lista de medicamentos.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**. En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de la Lista de medicamentos.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber sobre pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona que escribe sus recetas debe darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona que escribe sus recetas cuando pida la excepción.

Por lo general, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general no aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos pide una excepción de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no le resulten efectivos para usted o que sea probable que le causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión al presentar una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

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

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

Las decisiones estándares de cobertura se toman en un plazo de **72 horas** después de recibir su solicitud. **Las decisiones rápidas de cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir su solicitud.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión rápida de cobertura. **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con 2 requisitos:**

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura para un reembolso de un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándares podría dañar gravemente su salud o su capacidad funcional.
- **Si su médico o la persona que escribe sus recetas nos informan que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el respaldo de su médico o la persona que escribe sus recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se explicará lo siguiente:
    - Cómo usaremos los plazos estándares.

- Que, si su médico o la persona que escribe sus recetas solicita la decisión rápida de cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
- Se le explica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas después de haberla recibido.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión rápida de cobertura.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para el cuidado médico que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud para la determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)*, el cual está disponible en nuestro sitio web (PerennialAdvantage.com). En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación denegada que quiere apelar.

Usted, su médico (o la persona que escribe sus recetas) o su representante pueden hacerlo. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo se indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** que son las razones médicas que justifican la excepción. Su médico o la persona que escribe sus recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona que escribe sus recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una decisión rápida de cobertura

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** después de que recibimos su solicitud.

- Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la Organización de Revisión Independiente.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos brindarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que todavía no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibimos su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le daremos 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 la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la Organización de Revisión Independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **proporcionarle la cobertura** que acordamos brindarle **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la Organización de Revisión Independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si la rechazamos, usted tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa solicitar nuevamente que le brindemos la cobertura para medicamentos que desea. Si presenta una apelación, eso significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan acerca de la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida se denomina **redeterminación acelerada**.

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

Por lo general, una apelación estándar se presenta en un plazo de 7 días calendario. Generalmente, una apelación rápida se presenta en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que todavía no recibió, usted y su médico o la persona que escribe sus recetas deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura y aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico o la persona que escribe sus recetas deben comunicarse con nosotros para presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** (1-844-788-6959). En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud para la redeterminación modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)*, el cual está disponible en nuestro sitio web (PerennialAdvantage.com). Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para no cumplirlo, explique el motivo por el cual su apelación llega tarde cuando la presenta. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una razón válida para no cumplir con la fecha límite pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

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

- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente otra vez toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos cumpliendo con todas las reglas cuando denegamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico o la persona que escribe sus recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibimos su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su estado de 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. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la Organización de Revisión Independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar para un medicamento que todavía no ha recibido

- Para apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibimos su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su afección médica así lo exige.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito

si su solicitud ha sido enviada a la Organización de Revisión Independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero antes de **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibimos su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la Organización de Revisión Independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito con los motivos del rechazo. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente.** A veces, se la denomina **IRE**.

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

Paso 1: Usted (o su representante, su médico la persona que escribe sus recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le informarán quién puede presentar una apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
  - **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión en el plazo pertinente, o tomamos una decisión desfavorable respecto de una determinación **de riesgo** conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la Organización de Revisión Independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. A esta información se la denomina su **expediente de caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

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

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.

- Si la organización acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándares, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es sobre un medicamento que aún no recibió. Si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La Organización de Revisión Independiente le brinda una respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** después de recibir decisión de parte de dicha organización.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de parte de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **parte o la totalidad de** su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Le explica la decisión.
- Le informa sobre su derecho a presentar una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando cumple con un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Le informa el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo se encontrará en el aviso escrito que recibirá después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un Juez de Ley Administrativa o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ellos ayudarán a organizar el cuidado que quizá necesite después de irse.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se decida la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.

- Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le explicarán sus derechos

En un plazo de 2 días calendario después de haber ingresado en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos).* Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de parte de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero), pídale a cualquier empleado del hospital que se lo dé. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Le informa lo siguiente:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si considera que lo dieron de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una forma formal y legal de solicitar un retraso en la fecha del alta para que cubramos su cuidado hospitalario por más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
   - Firmar este aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre sus derechos. En el aviso no se indica la fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté aceptando una fecha de alta.

3. **Guarde la copia** del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que lo necesite.
   - Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para ver una copia de este aviso con antelación, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Para pedirnos que los servicios del hospital para pacientes internos estén cubiertos durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado (SHIP) para recibir ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha planeada del alta es médicamente apropiada para usted. La **organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben un pago del gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y pida una revisión inmediata del alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para el mejoramiento de la calidad *antes* de abandonar el hospital y **antes de la medianoche del día del alta.**
    - **Si cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin pagar* mientras espera la decisión de la organización para el mejoramiento de la calidad.
    - **Si no cumple con este plazo, llámenos.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar los costos correspondientes* al cuidado hospitalario que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la organización para el mejoramiento de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después de que se comuniquen con nosotros, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le da la fecha planeada del alta y explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que usted reciba el alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede obtener un aviso de muestra en línea en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el mejoramiento de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les dimos.
- Al mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso escrito de nuestra parte donde se le dará la fecha planeada del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que usted reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente *acepta* su apelación, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internos durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza su* apelación, significa que su fecha planeada del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internos finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la organización para el mejoramiento de calidad le dé la respuesta de la apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** del cuidado hospitalario que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé la respuesta de la apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la organización para el mejoramiento de la calidad *rechaza* su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha planeada del alta, puede presentar otra apelación. Si presenta otra apelación, significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la organización para el mejoramiento de la calidad que revise la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la hospitalización después de la fecha planeada del alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la organización para el mejoramiento de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que termina su cobertura para el cuidado.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinarán otra vez detenidamente toda la información sobre su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos del cuidado hospitalario que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que se rechazó de su primera apelación por parte de la organización para el mejoramiento de la calidad. **Debemos seguir brindando la cobertura de cuidado hospitalario para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario**.

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en la apelación de Nivel 1. Esto se denomina confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la apelación se rechaza, debe decidir si quiere llevar su apelación al siguiente nivel, es decir, el Nivel 3.

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

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si siente que su cobertura está finalizando demasiado pronto

Cuando recibe **servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)** cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de esto tres tipos de cuidado, estamos obligados a informárselo con anticipación. Cuando finalice su cobertura para ese cuidado, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su cuidado.*

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

Término legal:

Aviso de la no cobertura de Medicare. Le informa cómo puede solicitar una **apelación de vía rápida**. Solicitar una apelación de vía rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de brindar cuidado médico.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su cuidado. En el aviso, se le indica lo siguiente:

   - La fecha en la que dejaremos de cubrir su cuidado.
   - Cómo solicitar una apelación de vía rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su cuidado durante un período más largo.

2. **Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso indica *únicamente* que tiene información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarla no significa que está de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de interrumpir la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su cuidado durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su cuidado durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado (SHIP) para recibir ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La **organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de cuidado de la salud que reciben un pago del gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de cuidado médico. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el mejoramiento de la calidad y pida una *apelación de vía rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso que recibió por escrito (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se indica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para el mejoramiento de la calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el *Aviso de la no cobertura de Medicare*.
- Si se vence el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Póngase en contacto con la Organización para el mejoramiento de la calidad con la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado también se pueden encontrar en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de la no cobertura. Aviso en el que se brindan detalles sobre los motivos por los que finaliza la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión independiente también evaluará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le proporcione.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá la *Explicación detallada de no cobertura* de parte nuestra, donde se explican detalladamente las razones por las que queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan; los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores la aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos, siempre y cuando sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores la rechazan?

- Si los revisores *rechazan* su solicitud, **su cobertura terminará en la fecha que le informamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de cuidado de la salud en el hogar, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** del cuidado.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo el cuidado después de que haya finalizado su cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la organización para el mejoramiento de la calidad que revise la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de cuidado de la salud en el hogar, los servicios en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo el cuidado después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinarán otra vez detenidamente toda la información sobre su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole la cobertura** para su cuidado durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará la información necesaria para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un Juez de Ley Administrativa o un abogado mediador.

Paso 4: Si rechazan su apelación, tendrá que decidir si quiere continuar con el proceso.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del nivel 2, para un total de 5 niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo se encontrará en el aviso escrito que recibirá después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un Juez de Ley Administrativa o un abogado mediador. En la Sección 9 se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

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

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del producto o servicio médico sobre el que presentó una apelación cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede presentar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba tras su apelación de nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de manera similar a los primeros 2 niveles. Estas son las personas que manejan la revisión de las apelaciones en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un **Juez de Ley Administrativa** o un abogado mediador que trabajan para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el Juez de Ley Administrativa o el abogado mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de una decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelarla, se enviará a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle el cuidado médico en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Juez de Ley Administrativa o del abogado mediador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con la documentación de respaldo. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el cuidado médico en cuestión.
- **Si el Juez de Ley Administrativa o el abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable sobre una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de una decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si apelaremos esta decisión al Nivel 5.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el cuidado médico en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
    - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.

- **Si la apelación se rechaza o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo seguir con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un Juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un Juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que apeló cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con las apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan de manera similar a los primeros 2 niveles. Estas son las personas que manejan la revisión de las apelaciones en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un **Juez de Ley Administrativa** o un abogado mediador que trabajan para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Juez de Ley

Administrativa o el abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.

- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5

Un Juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un Juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Presentar quejas

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

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad del cuidado médico	• ¿Está insatisfecho con la calidad del cuidado médico que recibió (incluido el cuidado en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información suya que considera que debe ser confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien fue descortés o irrespetuoso con usted? • ¿Está insatisfecho con la manera en que nuestros Servicios para Miembros le han tratado? • ¿Siente que lo han alentado a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado tiempo para obtenerla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado tiempo por los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan? ○ Los ejemplos incluyen esperas demasiado largas en el teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes o cuando recibe una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio del médico?

Queja	Ejemplo
Información que obtiene de nosotros	• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que debíamos darle? • ¿Cree que la información escrita que le hemos dado es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas tienen que ver con la *puntualidad* de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Solicitó una *decisión rápida de cobertura* o una *apelación rápida* y rechazamos su solicitud; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para las decisiones de cobertura o las apelaciones; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos productos o servicios médicos o medicamentos que se aprobaron; puede presentar una queja. • Si usted cree que no hemos cumplido con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **queja formal**.

Presentar una queja se llama **presentar un reclamo**.

El uso del proceso para quejas se denomina **utilizar el proceso para presentar reclamos**.

Una **queja rápida** se denomina una **queja formal acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Llamar a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, los representantes de Servicios para Miembros se lo informarán.
- **Si no quiere llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede enviarnos su queja por escrito.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- **Instrucciones para la presentación de quejas formales:**
    - Para presentar un reclamo verbal, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959, TTY/TDD 711.
    - Para presentar una queja formal por escrito, envíela a la siguiente dirección:

      Perennial Advantage
      PO Box 730
      Glen Burnie, MD 21060-0730
- **Cuando presente una queja formal, proporcione la siguiente información:**
    - Su nombre.
    - Dirección.
    - Número de teléfono.
    - Número de identificación del miembro.
    - Un resumen de la queja y cualquier contacto previo que haya tenido con nosotros relacionado con la queja.
    - La medida que solicita que tomemos.
    - Su firma y la de su representante autorizado y la fecha. Si su representante presenta la queja, incluya una declaración en la que lo autorice a actuar en su nombre.
- **Opciones para una revisión rápida de la queja formal**
    - Puede solicitar una revisión rápida y trataremos de responder en el plazo de un día si su queja formal se refiere a una de las siguientes circunstancias:
        - Extendimos el plazo para tomar una decisión de la organización o de cobertura, y usted cree que necesita que tomemos una decisión más rápido.

- Denegamos su solicitud de tomar una decisión de la organización o de cobertura en un plazo de 72 horas.
- Denegamos su solicitud de una apelación en un plazo de 72 horas.

o Es mejor llamar a Servicios para Miembros si desea solicitar una revisión rápida de su queja formal. Si envía su solicitud por correo, lo llamaremos para informarle que la recibimos.

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que quiere reclamar.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, es posible que le demos una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted solicita más tiempo, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario adicionales** (44 días calendario en total) para dar respuesta a su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo informaremos por escrito.
- **Si está presentando una queja porque denegamos su solicitud de una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida, le daremos automáticamente una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de su queja, o no nos hacemos responsables del problema por el cual la presenta, incluiremos nuestras razones en la respuesta.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad del cuidado*, tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para el mejoramiento de la calidad**. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad consiste en un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de la salud a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar el cuidado que se brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el mejoramiento de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo**.

Sección 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:
Cómo cancelar la afiliación en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cómo cancelar su afiliación en nuestro plan

La finalización de su membresía en Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) puede ser **voluntaria** (su decisión) o **involuntaria** (decisión ajena a su voluntad):

- Podría abandonar nuestro plan porque decide que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo finalizar su afiliación voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su afiliación. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su afiliación.

Si desea abandonar nuestro plan, debemos continuar proporcionándole el cuidado médico y los medicamentos recetados, y usted continuará pagando su parte del costo compartido, hasta que se cancele su afiliación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su afiliación en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su afiliación en cualquier momento

Puede finalizar su membresía en *Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP)* en cualquier momento.

- Debido a que vive en un hogar de ancianos, puede **finalizar su membresía** en *Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP)* en cualquier momento.
- Si decide **cambiar a un plan nuevo**, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos,
    - Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare separado o
    - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

- Si elige esta opción, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura para medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- Por lo general, **la afiliación finaliza** el primer día del mes siguiente al que recibamos la solicitud para cambiar de plan.

Sección 2.2 Obtenga más información acerca de cuándo puede cancelar su afiliación

Si tiene preguntas sobre la cancelación de su afiliación, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- Encuentre la información en el manual ***Medicare & You 2027*** *(Medicare y usted para 2027)*.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su afiliación en nuestro plan

La tabla a continuación explica cómo puede cancelar su afiliación en nuestro plan.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare separado	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar** la inscripción o visite nuestro sitio web para cancelar la inscripción en línea. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) cuando comience la cobertura de Original Medicare.

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

Hasta que finalice su afiliación y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus servicios médicos, productos y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestros proveedores de la red para obtener cuidado médico.**
- **Siga usando las farmacias de la red o el servicio de pedido por correo para obtener sus medicamentos recetados**.
- **Si lo internan el día en que se cancela su afiliación, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que lo den de alta** (incluso si lo dan de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) debe finalizar la membresía en su plan en ciertas situaciones

Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) debe finalizar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- No cumple con los requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan.
    - Si ya no cumple con el nivel de atención institucional.
    - Si se muda de un centro de enfermería o centro de vida asistida de la red de Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP).
    - Nota: Si se encuentra dentro del periodo de 1 mes de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, continuaremos proporcionándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage.

- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o no es un ciudadano elegible.
- Si miente u oculta información acerca de otro seguro que tenga que proporcione cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos cuidado médico a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de afiliación para obtener cuidado médico. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
    - Si cancelamos su afiliación por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector General investigue su caso.
- Si usted debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su afiliación, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos solicitarle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si cree que le pedimos que se retire de nuestro plan por motivos de salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación en nuestro plan

Si cancelamos su afiliación en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja o queja formal sobre nuestra decisión de cancelar su afiliación.

CAPÍTULO 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan ni se expliquen en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad de origen, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales en HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso al cuidado, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarle.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP), como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen las leyes estatales.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Administrador de beneficios de medicamentos recetados: una organización de medicamentos recetados responsable de procesar y pagar las reclamaciones de medicamentos recetados, desarrollar y administrar el formulario (lista de medicamentos), contratar con una red de farmacias, establecer niveles de pago y negociar reembolsos con los fabricantes de medicamentos.

Apelación: es un recurso que usted tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de cuidado médico o medicamentos recetados, o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si usted se muda de manera permanente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Asistente médico a domicilio: persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con los cuidados personales (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: 1) son brindados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Autorización previa: aprobación por adelantado para recibir servicios o ciertos medicamentos con base en criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Ayuda Adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesitar una nueva receta porque cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Cargo máximo (cargo límite): en el plan Original Medicare, es la cantidad máxima de dinero que los médicos y otros proveedores de atención médica que no aceptan la asignación pueden cobrarle por un servicio cubierto. El cargo límite es del 15% sobre el monto aprobado por Medicare. El cargo límite solo se aplica a ciertos servicios y no se aplica a los suministros ni a los equipos.

Cargo por entrega: cargo que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtido de una receta, como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): es un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos a pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos recetados: es la cobertura para medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en una cobertura para medicamentos recetados de Medicare.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): es el seguro que le ayuda a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios, que no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta como paciente externo en un hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, $10) más que un porcentaje.

Coseguro: monto que se le pedirá que pague, expresado en porcentaje (por ejemplo, el 20%), como la parte que le corresponde de los costos por servicios o medicamentos recetados.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le recete un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted deba pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30 y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de $1 por día.

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier monto de deducible que puede imponer un plan antes de cubrir servicios o medicamentos; 2) cualquier monto fijo de copago que requiere un plan cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que requiere un plan cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada y rehabilitación brindados de manera continua todos los días en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidado incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser dadas por un enfermero registrado o un médico.

Cuidado paliativo: beneficio que brinda un tratamiento especial para un miembro a quien se ha certificado médicamente que padece una enfermedad terminal, lo que significa tener una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige el beneficio de hospicio y continúa pagando las

primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Podrá seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Cuidados de compañía: el cuidado de compañía es el cuidado personal proporcionado en un hogar de ancianos, centro de cuidados paliativos u otro centro cuando usted no necesita cuidado médico o de enfermería especializados. El cuidado de compañía, proporcionado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de compañía.

Deducible: el monto que debe pagar por el cuidado médico o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan pague.

Desafiliarse o desafiliación: es el proceso de cancelación de su afiliación en nuestro plan.

Determinación de cobertura: es una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que debe pagar por el medicamento recetado. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización: decisión que nuestro plan toma sobre si los productos o servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los productos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización también se llaman decisiones de cobertura en este documento.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, perder al niño no nacido), perder una extremidad o la función de una extremidad, o perder o sufrir el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeore rápidamente.

Equipo de cuidados: un equipo de cuidados puede incluir médicos, personal de enfermería, consejería u otros profesionales de la salud que estén allí para ayudarle a recibir la atención que necesita. Su equipo de cuidados también le ayuda a elaborar un plan de salud.

Equipo médico duradero (DME): son ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para pacientes diabéticos, bombas de infusión por vía intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitados por un proveedor para el uso en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otra parte calificada en su nombre) haya gastado $2,400 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa después de que usted haya pagado su deducible (si corresponde) y antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año hayan alcanzado el monto del límite que paga de su bolsillo.

Evaluación de riesgos para la salud: una revisión de su historial médico y su situación actual. Se utiliza para obtener más información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Evidencia de cobertura (EOC) e información sobre divulgación: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido menor (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y usted desea que renunciemos a la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o un hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP), solo tiene que pagar los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen saldos** o le cobren más de lo que nuestro plan dice que debe pagar.

Farmacia de la red: farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros del plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Herramienta de beneficios en tiempo real: es un portal o una aplicación informática en la que las personas inscritas pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada, específica de las personas inscritas sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para tratar la misma afección que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, igualmente puede ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de Información DRUGDEX Micromedex.

Límite de gastos de bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Límites de cantidad: es una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido de tiempo.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos): una lista de los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar los costos médicos a ciertas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas de Medicaid del estado varían, pero cubren la mayoría de los costos de cuidado de la salud si usted califica para Medicare y Medicaid.

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

Medicamento de marca: es el medicamento recetado fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente lo investigó y desarrolló. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por la FDA que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero suele ser más económico.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el que Medicare negoció un Precio justo máximo.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos recetados que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Medicare: es el programa federal de seguro médico destinado a personas de 65 años o más, a algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y a personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, como informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Esto afecta a menos del 5% de las personas que tienen Medicare, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que usted paga por las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y por los medicamentos recetados no se computan para el monto máximo de bolsillo.

Monto permitido: monto máximo en el que se basa el pago de los servicios de atención médica cubiertos. Esto puede denominarse “gasto elegible”, “asignación de pago” o “tarifa negociada”.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: es un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) por un período continuo de 63 días o más después de calificar para un plan de la Parte D.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la Lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento.

Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO): es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de la salud a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar el cuidado que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o pago por servicio de Medicare): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital o proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare consta de 2 partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Parte C: consulte plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Período de beneficios: la manera en que Original Medicare mide su uso de los servicios hospitalarios y del centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios finaliza cuando no haya recibido cuidado hospitalario para pacientes internos (o atención en un centro de enfermería especializada) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage también está

disponible durante un periodo de 3 meses después de que una persona comienza a ser elegible para Medicare.

Período de inscripción abierta: período de tiempo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud, o elegir Original Medicare.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar su plan de salud y de medicamentos, o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que puede calificar para un Período de inscripción especial son: si se muda fuera del área de servicios, si recibe la "Ayuda Adicional" para pagar los costos de los medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si incumplimos con nuestro contrato.

Período de inscripción inicial: cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, este es el período en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluido el mes en el que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

Persona con doble elegibilidad: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de cuidados: un plan que consigna cuáles servicios recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS*).*

Plan de necesidades especiales equivalentes a instituciones (IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Plan de necesidades especiales para atención crónica (C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para Medicare Advantage (MA) que tienen afecciones crónicas graves específicas.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona cuidado médico más centrado en grupos específicos de personas, como las que tienen Medicare y Medicaid, las que viven en un hogar de ancianos o las que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que los reciba de proveedores de la red o fuera de la red. Por lo general, los costos compartidos de los miembros son más altos cuando los beneficios del plan los obtienen de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus gastos de bolsillo por los servicios que recibe de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en sus costos totales de gastos de bolsillo combinados por los servicios de proveedores dentro de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costo de Medicare, los Planes de Necesidades Especiales, los programas piloto o de demostración y los Programas de Cuidado Integral para Personas Mayores (PACE).

Plan Institucional de Necesidades Especiales (I-SNP): Los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes a instituciones (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (FI-SNP).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces se lo denomina Parte C de Medicare. Un plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO), ii) una Organización de Proveedores Preferidos (PPO), iii) un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir estos tipos de planes, un plan HMO o PPO Medicare Advantage también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Cuidado Integral para Personas Mayores) combina servicios médicos, sociales y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) para personas débiles, de

manera que puedan conservar su independencia y seguir viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en planes PACE obtienen los beneficios tanto de Medicare como de Medicaid a través de nuestro plan.

Planes de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) y a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): es el seguro complementario de Medicare que vende una compañía privada de seguros para cubrir *los períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio Justo Máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de cuidado médico por la cobertura de salud o para medicamentos recetados.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como referencia para los fabricantes que hacen una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Producto biológico: un medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden ser copiados de manera exacta, por lo que las formas alternativas se denominan productos biosimilares (consulte "**Producto biológico original**" y "**Producto biosimilar**").

Producto biosimilar: un producto biológico que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos productos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte "**Productos biosimilares intercambiables**").

Programa de descuentos del fabricante: programa por el que los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan para medicamentos de marca

y productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM): un programa de Medicare Parte D para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen con ciertos requisitos o que participan en un programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de cuidados médicos para revisar los medicamentos.

Programa Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Prótesis y dispositivos ortopédicos: entre los dispositivos médicos, se incluyen soportes para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de cuidado médico.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de cuidado de la salud, hospitales y otros centros de cuidado médico que están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para ofrecer servicios de cuidado médico. **Los proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: es un proveedor o un centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados ni propiedad de nuestro plan, ni son operados por él.

Queja formal: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no incluye las disputas por pagos o cobertura.

Queja: el nombre formal para presentar una queja **es interponer una queja formal**. El proceso de quejas se utiliza *solo* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye las quejas si nuestro plan no cumple con los plazos del proceso de apelación.

Referencia: una orden escrita de su médico de atención primaria para que visite a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una referencia, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. La expresión servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como beneficios de la vista, dentales o de la audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: es el término que utilizamos para referirnos a todos los servicios y suministros de cuidado de la salud cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen cuidado de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (para pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: los servicios cubiertos por el plan que requieren atención médica inmediata y que no son una emergencia son servicios de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, debido a sus horarios, su ubicación y sus circunstancias, no es razonable obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran servicios de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan que tiene la responsabilidad de responder sus preguntas sobre su afiliación, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Servicios preventivos: servicios de cuidado de la salud que le ayudan a mantenerse saludable, detectar problemas de salud de manera temprana, determinar los tratamientos más eficaces y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, análisis de laboratorio y pruebas de detección. También incluyen programas de monitoreo de la salud, así como consejería y educación para ayudarle a cuidar de su propia salud.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Tratamiento escalonado: es una herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Información importante sobre sus beneficios complementarios para 2027

Vigente a partir del 1 de enero de 2027

Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)

Algunos beneficios adicionales están disponibles solo para miembros con ciertas afecciones crónicas. Estos se llaman beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI).

No todos los miembros califican. Para ser elegible, un miembro debe tener una o más afecciones crónicas complejas con comorbilidades que ponga en riesgo la vida o que limite sustancialmente la salud o la función general del miembro, que el plan y un proveedor de cuidado médico determinen que tiene alto riesgo de hospitalización u otros resultados de salud adversos, y que requiera un alto nivel de coordinación de la atención. Incluso si un miembro tiene una afección crónica que reúna los requisitos, es posible que no reciba estos beneficios.

La cobertura depende de los criterios de elegibilidad específicos del plan y de la determinación clínica. Los miembros deberán realizarse una evaluación con el equipo de Administración de Cuidados médicos del plan para confirmar su elegibilidad.

¿Cómo puedo saber si califico?

Comuníquese con su equipo de Administración de Cuidados médicos y/o Servicios para Miembros para obtener información sobre el proceso de elegibilidad para SSBCI, los requisitos y las ofertas de beneficios específicos de su plan.

Su elegibilidad se determina según su estado de salud y se puede revisar a lo largo del año de acuerdo con los requisitos del plan y las regulaciones de Medicare.

Cambios en el beneficio de productos de venta libre (OTC)

Medicare ha publicado una lista de artículos que pueden estar cubiertos o no estar cubiertos como beneficios complementarios. Algunos artículos que antes estaban disponibles a través del catálogo estándar de artículos de venta libre, incluidos ciertos productos de aseo, higiene y papel, ahora requieren la elegibilidad para SSBCI. Los catálogos identificarán claramente

los artículos que requieren calificación. El acceso a un catálogo no significa por sí mismo que usted sea elegible para esos artículos.

Cómo usar su tarjeta de beneficios

Si su plan incluye una tarjeta de beneficios o tarjeta flexible:

- Su tarjeta está vinculada electrónicamente a sus beneficios aprobados y, al momento de pagar, solo se aprobarán los artículos elegibles cubiertos.
- Se rechazarán las compras de artículos que no estén cubiertos.
- Si tiene algún problema con su tarjeta, comuníquese con Servicios para Miembros.
- El Servicio de atención al cliente está disponible para ayudarle a entender cómo acceder a los beneficios de su tarjeta y para ayudarle si es elegible para un reembolso.

¿Tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad, sus beneficios o su tarjeta de beneficios, llame a Servicios para Miembros al 1-844-788-6959. La asistencia está disponible de forma gratuita, incluidos los servicios de interpretación de idiomas. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Servicios para Miembros de Perennial Advantage Premier (HMO-POS I-SNP)

Método	Información de contacto de Servicios para Miembros
Llamadas	1-844-788-6959 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días que son feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. El número de Servicios para Miembros 1-844-788-6959 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días que son feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	1-833-610-2390
Correo postal o electrónico	Perennial Advantage PO Box 730 Glen Burnie, MD 21060-0730 customerservice@perennialadvantage.com
Sitio web	PerennialAdvantage.com

Programa de Asistencia con el Seguro de Salud para Adultos Mayores (SHIP)

El Programa de Asistencia con el Seguro de Salud para Adultos Mayores (SHIP) es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud a nivel local a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
Llamadas	1-888-696-7213
TTY	711
Correo postal o electrónico	Department of Regulatory Agencies 1560 Broadway, Suite 850 Denver, CO 80202
Sitio web	https://doi.colorado.gov/insurance-products/health-insurance/senior-health-care-medicare

Declaración de divulgación de la Ley de reducción de trámites (PRA): *según la Ley de reducción de trámites de 1995, a ninguna persona se le exige responder a una solicitud de recopilación de información, a menos que esta cuente con el número válido de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número válido de control de la OMB de esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*