

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de Cobertura

Sus servicios y beneficios de salud de Medicare y su cobertura para medicamentos recetados como miembro del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus (HMO-POS)

Este documento incluye información detallada sobre su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536** para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

Este plan, Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus, es ofrecido por Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (Health Plan). En esta **Evidencia de Cobertura**, las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro(a)”, se refieren al Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus.

Este documento está disponible de manera gratuita en español. Comuníquese al número de nuestro Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536** para obtener más información. (Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

This document is available for free in Spanish. Please contact our Member Services number at **1-888-777-5536** for additional information. (TTY users should call **711**.) Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.

Este documento está disponible en braille o en letra grande; si lo necesita, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).

Es posible que los beneficios, las primas, los deducibles, los copagos o el coseguro cambien el 1 de enero de 2024. La lista de medicamentos recetados disponibles, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Le avisaremos de los cambios a los miembros afectados con al menos 30 días de antemano.

H2172_22_73_C

PBP #: 013

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

En este documento se le explican sus beneficios y derechos. Utilice el documento para comprender los siguientes aspectos:

- La prima y el costo compartido de su plan;
- Sus beneficios médicos y para medicamentos recetados;
- Cómo presentar una queja informal si no está a gusto con el servicio o el tratamiento;
- Cómo contactarnos si necesita ayuda adicional; y,
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Evidencia de Cobertura de 2023

Índice

Capítulo 1 — Introducción para miembros	9
Sección 1 — Introducción	9
Sección 2 — ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?.....	10
Sección 3 — Materiales importantes de membresía que recibirá.....	11
Sección 4 — Los costos mensuales de nuestro plan.....	13
Sección 5 — Más información sobre su prima mensual	16
Sección 6 — Mantener actualizada la información de membresía del plan	18
Sección 7 — Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	19
Capítulo 2 — Números de teléfono y recursos importantes	21
Sección 1 — Contactos de Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo contactarse con Servicio a los Miembros)	21
Sección 2 — Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	24
Sección 3 — Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	26
Sección 4 — Organización para el Mejoramiento de la Calidad.....	27
Sección 5 — Seguro Social	28
Sección 6 — Medicaid.....	29
Sección 7 — Información sobre los programas de ayuda para pagar los medicamentos recetados	30
Sección 8 — Cómo contactar a la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios.....	32
Sección 9 — ¿Tiene “seguro de grupo” u otro seguro médico proporcionado por un empleador?.....	33

Capítulo 3 — Cómo usar la cobertura de nuestro plan para sus servicios médicos.....	34
Sección 1 — Qué debe saber para obtener su cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan	34
Sección 2 — Obtenga la atención médica que necesita de los proveedores de nuestra red	36
Sección 3 — Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante un desastre	43
Sección 4 — ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?.....	45
Sección 5 — ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?.....	46
Sección 6 — Reglas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa no médica de cuidado de la salud”	48
Sección 7 — Reglas de titularidad del equipo médico duradero.....	49
Capítulo 4 — Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar).....	51
Sección 1 — Descripción de los gastos de bolsillo por servicios cubiertos	51
Sección 2 — Consulte en este Cuadro de Beneficios Médicos qué servicios tienen cobertura y cuánto debe pagar por ellos	53
Sección 3 — ¿Qué servicios no están cubiertos por nuestro plan?	107
Capítulo 5 — Utilización de la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos recetados de la Parte D.....	117
Sección 1 — Introducción	117
Sección 2 — Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través de nuestro servicio de pedidos por correo	117
Sección 3 — Sus medicamentos deben estar incluidos en nuestra “Lista de Medicamentos”	121

Sección 4 — Algunos medicamentos tienen restricciones de cobertura	123
Sección 5 — ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto como desearía que lo estuviera?	124
Sección 6 — ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?.....	127
Sección 7 — ¿Qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan?	129
Sección 8 — Surtir una receta	130
Sección 9 — Cobertura de medicamentos de la Parte D en circunstancias especiales	130
Sección 10 — Programas sobre la seguridad de los medicamentos y su administración	132
Capítulo 6 — Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D	135
Sección 1 — Introducción	135
Sección 2 — Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que está cuando recibe el medicamento.....	137
Sección 3 — Le enviaremos informes en los que se explican los pagos de sus medicamentos y se le indica en cuál etapa de pago está.....	138
Sección 4 — No hay deducible para Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus	139
Sección 5 — Durante la Etapa de Cobertura Inicial, pagamos nuestra parte de los costos de medicamentos y usted paga la suya	140
Sección 6 — Costos en la Etapa de Intervalo en la Cobertura	144
Sección 7 — En la Etapa de Cobertura para Catástrofes, pagamos la mayor parte del costo de sus medicamentos	146
Sección 8 — Vacunas de la Parte D Lo que usted paga por un medicamento depende cómo y dónde los consigue.....	146

Capítulo 7 — Cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que recibe por servicios médicos o medicamentos cubiertos	149
Sección 1 — Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos	149
Sección 2 — Cómo solicitar el reembolso o el pago de una factura que recibió	151
Sección 3 — Consideraremos su solicitud de pago y responderemos sí o no	152
Capítulo 8 — Sus derechos y responsabilidades.....	154
Sección 1 — Debemos respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro de nuestro plan	154
Sección 2 — Usted tiene algunas responsabilidades como miembro de nuestro plan	160
Capítulo 9 — Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)	162
Sección 1 — Introducción	162
Sección 2 — Dónde obtener más información y ayuda personalizada	163
Sección 3 — ¿Qué proceso debe seguir para solucionar su problema?	163
Sección 4 — Guía básica sobre apelaciones y decisiones de cobertura	164
Sección 5 — Su atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación de una decisión sobre la cobertura	167
Sección 6 — Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	174
Sección 7 — Cómo pedirnos cobertura para una extensión de la hospitalización si cree que el médico le da el alta antes de tiempo.....	184
Sección 8 — Cómo solicitarnos que extendamos la cobertura para ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo.....	190
Sección 9 — Cómo presentar una apelación de Nivel 3 y superior	196

Sección 10 — Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas.....	199
Capítulo 10 — Cancelación de la membresía en nuestro plan.....	203
Sección 1 — Introducción a la cancelación de la membresía en nuestro plan.....	203
Sección 2 — ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	203
Sección 3 — ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	205
Sección 4 — Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	206
Sección 5 — En ciertas situaciones, debemos cancelar su membresía en nuestro plan	206
Capítulo 11 — Notificaciones legales.....	208
Sección 1 — Aviso sobre la ley aplicable	208
Sección 2 — Aviso sobre la no discriminación.....	208
Sección 3 — Aviso sobre los derechos de subrogación de los pagadores secundarios de Medicare	208
Sección 4 — Administración de esta Evidencia de Cobertura	209
Sección 5 — Solicitudes y declaraciones	209
Sección 6 — Cesiones	209
Sección 7 — Honorarios y gastos de abogados y defensores.....	209
Sección 8 — Coordinación de beneficios.....	209
Sección 9 — Responsabilidad del empleador	210
Sección 10 — Evidencia de Cobertura que obliga a los miembros.....	210
Sección 11 — Responsabilidad de agencias gubernamentales.....	210
Sección 12 — Exención de responsabilidad de los miembros	210
Sección 13 — Sin exención.....	210

Sección 14 — Avisos.....	210
Sección 15 — Recuperación de pagos en exceso.....	211
Sección 16 — Responsabilidad civil de terceros.....	211
Sección 17 — Departamento de Asuntos de los Veteranos de EE. UU.....	212
Sección 18 — Beneficios por responsabilidad civil del empleador o compensación del trabajador	212
Sección 19 — Embarazo por encargo de terceros	213
Capítulo 12 — Definición de términos importantes	214

Capítulo 1 — Introducción para miembros

Sección 1 — Introducción

Sección 1.1 – Está inscrito en Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus, que es un plan de punto de servicio HMO de Medicare

Tiene cobertura de Medicare y ha decidido obtener su cobertura de atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus.

Tenemos la obligación de cubrir todos los servicios de Parte A y Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a proveedores de este plan difiere del de Original Medicare.

Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus es un plan Medicare Advantage HMO (organización para el mantenimiento de la salud) con una opción de punto de servicio (POS), aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada. “Punto de servicio” significa que puede usar proveedores fuera de la red del plan por un costo adicional. (Consulte el Capítulo 3, Sección 2.4 para obtener información sobre el uso de la opción punto de servicio).

La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 – ¿De qué se trata el documento de la Evidencia de Cobertura?

Este documento de **Evidencia de Cobertura** le informa cómo recibir su atención médica y de medicamentos recetados. En él se explican cuáles son sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como miembro de nuestro plan y cómo presentar una queja informal si no está a gusto con una decisión o un tratamiento.

Las palabras "cobertura" y "servicios cubiertos" hacen referencia a la atención y los servicios médicos, y los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de nuestro plan.

Es importante que conozca las reglas de nuestro plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos dedicar tiempo a leer detenidamente este documento de **Evidencia de Cobertura**.

Si siente confusión, preocupación o tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio a los Miembros.

Sección 1.3 – Información legal acerca de la Evidencia de Cobertura

Esta **Evidencia de Cobertura** forma parte del contrato que establecemos con usted sobre la forma en que cubrimos su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, nuestra **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2023** y cualquier aviso que reciba de nosotros respecto a cambios en su cobertura o en las condiciones que afectan a su cobertura. Estos avisos se llaman en ocasiones “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tendrá vigencia durante los meses en los que usted esté inscrito en Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de nuestro plan después del 31 de diciembre de 2023. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año. Puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan cada año siempre que nosotros sigamos ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación de nuestro plan.

Sección 2 — ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

Sección 2.1 – Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser un miembro de nuestro plan siempre y cuando:

- Tiene tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B.
- Vive en nuestra área de servicio (en la Sección 2.2 a continuación se describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Es ciudadano de los Estados Unidos o tiene presencia legal en los Estados Unidos.

Sección 2.2 – Esta es el área de servicio de nuestro plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus

Nuestro plan está disponible solo para aquellas personas que viven en el área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio de dicho plan. Nuestra área de servicio incluye estos condados en **Virginia: Arlington, Fairfax, Loudoun y Prince William**. Además, nuestra área de servicio incluye estas ciudades independientes en Virginia: **Alexandria, City of Falls Church, Fairfax, Manassas y Manassas Park**.

Si usted tiene la intención de mudarse a un domicilio que está fuera del área de servicio, no puede continuar siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicio a los Miembros para verificar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un periodo de inscripción especial, que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Los teléfonos y la información de contacto del Seguro Social se encuentran en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.3 – Ciudadano estadounidense o presencia legal en Estados Unidos

Los miembros de los planes de salud Medicare deben ser ciudadanos o residentes legales de los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) nos notificará si usted no reúne los requisitos para seguir siendo un miembro por este motivo. Debemos cancelar su afiliación si no cumple con este requisito.

Sección 3 — Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 – Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que reciba un servicio cubierto por nuestro plan y para comprar medicamentos recetados en las farmacias de la red. También deberá mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. La siguiente es una tarjeta de membresía de muestra. Así se verá la suya:



Durante el tiempo que sea miembro de este plan NO puede usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener servicios médicos. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus, es posible que deba pagar de su bolsillo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan mostrar su tarjeta si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o participar en estudios de investigación clínica, también llamados ensayos clínicos, aprobados por Medicare.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicio a los Miembros y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 – Directorio de Proveedores

En el **Directorio de Proveedores** se enumeran los proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos.

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago completo.

Debe obtener los servicios y la atención médica que necesita de los proveedores de nuestra red. Si recibe servicios en otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar completamente por ellos. Las únicas excepciones son emergencias, servicios necesarios con urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones donde es irrazonable o imposible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que nuestro plan autoriza el uso de proveedores que no pertenecen a la red.

Como miembro de nuestro plan, puede optar por recibir parte de su atención de proveedores fuera de la red a través de nuestro beneficio Care Plus en cualquier lugar dentro de los Estados Unidos y sus territorios. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor y existe un monto anual de cobertura de beneficios de \$1,500. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.4, “Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red”, y el Capítulo 4, Sección 2.2, después de Cuadro de Beneficios Médicos, para obtener detalles de cobertura fuera de la red e información sobre costos compartidos.

La lista más reciente de proveedores y suministradores está disponible en nuestro sitio web en kp.org/directory. Si no tiene su copia del **Directorio de Proveedores**, puede solicitarla a nuestro Servicio a los Miembros.

Sección 3.3 – Directorio de Farmacias

En el **Directorio de Farmacias** se enumeran las farmacias de la red. Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir recetas médicas cubiertas de los miembros del plan. Puede usar el **Directorio de Farmacias** para encontrar la farmacia de la red que desee usar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información acerca de cuándo puede usar una farmacia que no pertenece a la red del plan.

El **Directorio de Farmacias** también le dirá qué farmacias de la red tienen un costo compartido preferido, que podría ser menor que el costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el **Directorio de Farmacias**, puede solicitar una copia a Servicio a los Miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en kp.org/directory.

Sección 3.4 – La lista de medicamentos cubiertos (lista de medicamentos recetados disponibles) de nuestro plan

Nuestro plan tiene una **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2023**. La llamamos "Lista de Medicamentos", para abreviar. En ella, se informa qué medicamentos recetados de la Parte D tienen cobertura en virtud del beneficio de la Parte D que se incluye en nuestro plan. El plan selecciona los medicamentos que aparecen en esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con ciertos requisitos de Medicare. Medicare aprobó nuestra Lista de Medicamentos. La Lista de Medicamentos también le indica si existe alguna regla que restrinja la cobertura de sus medicamentos. Le proporcionaremos una copia de nuestra Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite nuestro sitio web (kp.org/seniorrx) o llame a Servicio a los Miembros.

Sección 4 — Los costos mensuales de nuestro plan

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (Sección 4.1).
- Prima mensual de Medicare Parte B (Sección 4.2).
- Prima de beneficios adicionales opcionales (Sección 4.3).
- Penalización por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.4).
- Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Sección 4.5).

En determinadas situaciones, la prima del plan podría ser menor

El programa “Beneficio Adicional” ayuda a personas con recursos limitados con el pago de sus medicamentos. El Capítulo 2, Sección 7 contiene más información sobre este programa. Si usted reúne los requisitos, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si ya está inscrito en este programa y recibe ayuda de este, la información sobre las primas de esta **Evidencia de Cobertura** no aplicará en su caso. Le enviamos un documento por separado, llamado “**Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Beneficio Adicional para sus medicamentos recetados**” (también conocida como “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no ha recibido esta cláusula, llame a Servicio a los Miembros y pida la “Cláusula LIS”.

Las primas de Medicare Parte B y Parte D varían según el nivel de ingresos de cada persona. Si tiene alguna pregunta acerca de las primas, consulte la sección llamada “Costos de Medicare de 2023” en su copia del manual **Medicare y Usted** de 2023. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede solicitar una copia impresa por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 4.1 – Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual por el plan. Para 2023, la prima mensual para nuestro plan es de **\$30**. Si se inscribe para recibir beneficios adicionales, también llamados “beneficios adicionales opcionales”, pagará una prima mensual adicional por tales beneficios. Para obtener más detalles, consulte la Sección 4.3 de este capítulo.

Sección 4.2 – Prima mensual de Medicare Parte B

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También podría incluir una prima de la Parte A, para los miembros que no califican para la Parte A libre de prima.

Sección 4.3 – Prima de beneficios adicionales opcionales

Si se inscribe para recibir beneficios adicionales, también llamados “beneficios adicionales opcionales”, pagará una prima mensual adicional por tales beneficios. Para obtener más datos, consulte el Capítulo 4, Sección 2.3.

La prima mensual para los beneficios adicionales opcionales (Advantage Plus) es de **\$20**.

Sección 4.4 – Penalización por inscripción tardía en la Parte D

Algunos miembros deben pagar la penalización por inscripción tardía en la Parte D. La penalización por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagar para recibir cobertura de la Parte D si, en cualquier momento, después de que terminó su período de inscripción inicial, no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un período consecutivo de 63 días o más. "Cobertura acreditada de medicamentos de venta con receta" es aquella que satisface los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos el monto equivalente al de la cobertura estándar de medicamentos de venta con receta de Medicare. El costo de la penalización por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta sanción mientras tenga cobertura de la Parte D.

La sanción por inscripción tardía en la Parte D se agrega a la prima mensual. Le indicaremos el monto de la multa cuando se inscriba por primera vez en nuestro plan.

En los siguientes casos, no tendrá que pagarla:

- Recibe “Beneficio Adicional” por parte de Medicare para pagar los medicamentos recetados.
- Usted no tuvo cobertura acreditable durante menos de 63 días seguidos.

- Ha tenido cobertura acreditable para medicamentos por parte de otra fuente como, por ejemplo, un empleador o sindicato anteriores, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o el departamento de recursos humanos le indicará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Es posible que esta información se envíe en una carta o se incluya en un boletín del plan. Conserve esta información, ya que es posible que la necesite si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
 - ◆ **Nota:** El aviso debe indicar que usted tenía cobertura “acreditable” de medicamentos recetados que se esperaba que pagase al menos el monto cubierto por el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
 - ◆ **Nota:** Lo siguiente no es una cobertura acreditable de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas ni sitios web con descuentos para medicamentos.

Medicare establece el monto de la multa, y funciona del modo siguiente:

- Si estuvo sin cobertura de la Parte D ni otra cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más después de que fue elegible para inscribirse en la Parte D, en el plan se contará la cantidad de meses completos en que no tuvo cobertura. La sanción equivale al 1 % de cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. En 2023, el monto de la prima mensual promedio es de \$32.74.
- Para calcular su sanción mensual, multiplique el porcentaje de la sanción por la prima mensual promedio y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo anterior, se multiplicaría 14 % por \$32.74, lo que equivale a \$4.58. Esto se redondea a \$4.60. Este monto se agregaría a la prima mensual de las personas que deban pagar la sanción por inscripción tardía en la Parte D.

Hay tres cosas importantes que debe tener en cuenta sobre esta sanción mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- Primero, **la sanción puede cambiar todos los años** porque la prima mensual promedio puede modificarse cada año.
- Segundo, **deberá seguir pagando una sanción mensual** mientras esté inscrito en un plan con beneficios para medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y ya cuenta con los beneficios de Medicare, la penalización por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años, la penalización por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial de antigüedad en Medicare.

Si no está de acuerdo con la penalización por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante puede solicitarnos una revisión. En general, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha en la primera carta de notificación de la penalización por inscripción tardía que haya recibido. Sin embargo, si estaba pagando una sanción antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que tenga otra oportunidad para solicitar una revisión de la penalización por inscripción tardía.

Sección 4.5 – Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Puede que se le exija a algunos miembros que paguen un cargo adicional, conocido como el Monto de Ajuste Mensual Debido a los Ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula con el ingreso bruto ajustado modificado que informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace dos años. Si el monto excede un monto determinado, pagará el monto de prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente tenga que pagar con base en sus ingresos, consulte <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta que le informará a cuánto equivaldrá ese monto adicional. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios o la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague generalmente las primas de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional que debe. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su afiliación al plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional, puede pedir al Seguro Social que reconsidere la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacer esto, contacte al Seguro Social al **1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)**.

Sección 5 — Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 – Puede pagar la prima del plan de diferentes maneras

Puede pagar la prima del plan de cuatro formas.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Podría pagar con cheque y enviarnos por correo directamente el pago de su prima mensual del plan. Debemos recibir su cheque (o giro postal) pagadero a “Kaiser Permanente”, a más tardar, el último día del mes anterior al mes de cobertura a la siguiente dirección:

Kaiser Permanente
Membership Accounting Department
P.O. Box 64199
Baltimore, MD 21264-4199

Note: No puede hacer el pago en persona. Si su banco no cubre el pago, recibirá una factura de cargo por devolución.

Opción 2: Puede inscribirse para el pago automático mensual

Si prefiere pagar con un cheque, puede hacer que se retire su prima mensual del plan automáticamente de su cuenta bancaria o que se le cargue a su tarjeta de crédito. Si elige el pago automático de la prima del plan, la prima se pagará automáticamente de la cuenta del banco (cuenta corriente o de ahorro) o tarjeta de crédito. La transacción aparecerá en el resumen mensual de su banco o tarjeta de crédito, el cual servirá como registro permanente de pago.

Llame a Servicio a los Miembros para saber cómo comenzar o detener los pagos automáticos de la prima del plan, así como para conocer otros detalles sobre esta opción, por ejemplo, cuándo se hará el retiro mensual de su cuenta y cualquier formulario que deba completar.

También puede administrar las opciones de pago automático, incluido el registro de pago automático en kp.org/mas/onlinebilling.

Opción 3: Puede realizar un pago único por teléfono o en línea

Puede realizar un pago único los 7 días de la semana, las 24 horas del día en línea en kp.org/mas/onlinebilling o llamando a Servicio a los Miembros.

Opción 4: Puede solicitar que se descuenta la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Puede solicitar que se descuenta la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicio a los Miembros para obtener más información sobre cómo pagar la prima mensual del plan de esta manera. Será un placer poder ayudarle a establecer esta forma de pago.

Cambiar la manera en la que paga la prima

Si decide cambiar la forma de pago de la prima, pueden pasar hasta tres meses para que se aplique su nueva forma de pago. Mientras nosotros procesamos su solicitud para una nueva forma de pago, usted debe asegurarse de que la prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, llame a Servicio a los Miembros, regístrese para una opción de pago automático o realice un pago único en línea.

Podrá pagar la prima del plan por medio de un cheque (ver Opción 1), salvo que se registre en una opción de pago automático (ver Opciones 2 o 4) o si realiza un único pago en línea o por teléfono (ver Opción 3).

¿Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan?

Debemos recibir el pago de la prima del plan en nuestras oficinas antes del primer día del mes de cobertura. Si no recibimos su pago antes de día 15 del mes de cobertura, le enviaremos un aviso para indicarle el monto que debe.

Si se le impone una penalización por inscripción tardía en la Parte D, debe pagarla para conservar su cobertura de medicamentos recetados. Tenemos derecho a cobrar cualquier prima que usted nos deba. Si no recibimos el pago de su prima en un plazo de 60 días y está inscrito en nuestro paquete de beneficios suplementarios opcionales (Advantage Plus), podemos cancelar esos beneficios y no podrá volver a inscribirse para obtener los beneficios sino hasta el 15 de octubre para que la cobertura entre en vigor el 1 de enero.

Si tiene problemas para pagar a tiempo las primas, llame a Servicio a los Miembros para ver si podemos referirlo a un programa de ayuda con los costos.

Si considera que hemos cancelado su membresía por error, puede presentar una queja (también llamada queja formal); consulte el Capítulo 9 para conocer cómo presentar una queja. Si una emergencia por circunstancias fuera de su control causó que no pudiera pagar la prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En caso de queja, revisaremos nuestra decisión nuevamente. El Capítulo 9, Sección 10, de este documento dice cómo presentar una queja o puede llamarnos al **1-888-777-5536** entre las 8 a. m. y las 8 p. m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Debe presentar la solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha en que termine su membresía.

Sección 5.2 – ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No podemos cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, le informaremos al respecto en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, el porcentaje de la prima que le corresponde pagar a usted puede modificarse durante el año. Esto sucede si reúne los requisitos para participar en el programa “Beneficio Adicional” o si pierde su elegibilidad para participar en el programa “Beneficio Adicional” durante el año. Si un miembro reúne los requisitos para participar en el programa “Beneficio Adicional” para el pago de sus medicamentos recetados, el programa “Beneficio Adicional” pagará parte de su prima mensual del plan. Un miembro que pierde su elegibilidad para este beneficio durante el año, deberá empezar a pagar la totalidad de la prima mensual. Puede obtener más información sobre el programa “Beneficio Adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

Sección 6 — Mantener actualizada la información de membresía del plan

El registro de su membresía cuenta con información tomada del formulario de inscripción, incluidos su dirección y su número de teléfono. Muestra la cobertura específica del plan, incluido su médico de cabecera.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de nuestra red necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su expediente de membresía para saber cuáles de los servicios y medicamentos que usted utiliza tienen cobertura y los montos de costo compartido que debe pagar.** Por lo tanto, es muy importante que nos ayude a mantener esta información siempre actualizada.

Infórmenos de los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otro aspecto de su cobertura de seguro (como su empleador o el de su cónyuge, la compensación del trabajador o Medicaid).
- Si tiene reclamaciones por responsabilidad, como reclamaciones por un accidente de auto.
- Si es admitido en un hogar para ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o que no pertenece a la red.
- Si cambia la persona designada como su responsable (su cuidador, por ejemplo).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No tiene la obligación de informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tenga la intención de participar, pero le alentamos a que lo haga).

Si esta información cambia, háganoslo saber al comunicarse con Servicio a los Miembros.

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Los teléfonos y la información de contacto del Seguro Social se encuentran en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 7 — Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare requiere que recopilemos información de usted sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que necesitamos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que le otorga nuestro plan. A esto se le llama “**Coordinación de Beneficios**”.

Una vez al año, le enviaremos una carta con todas las otras coberturas médicas o de medicamentos que sabemos que tiene. Le pedimos que lea esta información detenidamente y, si es correcta, no es necesario que haga nada más. Si es correcta, no es necesario que haga nada más. Si la información no es correcta o si cuenta con alguna otra cobertura que no se encuentre en la lista, por favor llame a Servicio a los Miembros. Es posible que necesite proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez que haya confirmado la identidad de estos) a fin de que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud de grupo de un empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga después, llamado “pagador secundario”, solo paga si la cobertura primaria deja costos sin cubrir. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos sin cubrir. Si tiene otro seguro, informe al médico, hospital y farmacia.

Las siguientes reglas se aplican a la cobertura de planes de salud de grupos de empleadores o sindicatos:

- Si tiene cobertura para retirados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud de grupo se basa en su empleo actual o en el de algún miembro de su familia, quién paga primero depende de la edad, la cantidad de personas empleadas por el empleador y de si usted tiene Medicare con base en su edad, una discapacidad o una insuficiencia renal terminal (ESRD):
 - ◆ Si tiene menos de 65 años, está discapacitado y usted o algún familiar sigue trabajando, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si por lo menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
 - ◆ Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge sigue trabajando, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si por lo menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
 - ◆ Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses a partir de la fecha en que haya reunido los requisitos para ser miembro de Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil).
- Responsabilidad (incluidos seguros de automóvil).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Compensación del trabajador.

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

Capítulo 2 — Números de teléfono y recursos importantes

Sección 1 — Contactos de Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo contactarse con Servicio a los Miembros)

Cómo comunicarse con Servicio a los Miembros de nuestro plan

Si necesita ayuda con preguntas sobre reclamos, facturación o la tarjeta de membresía, por favor llame o escriba a Servicio a los Miembros del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus. Será un placer ayudarlo.

MÉTODO	Servicio a los miembros - información de contacto
LLAMADAS	1-888-777-5536 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
CORREO POSTAL	Kaiser Permanente Member Services Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road, NE Atlanta, GA 30305-1736
SITIO WEB	kp.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión sobre la cobertura respecto a su atención médica

Una decisión sobre la cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por los servicios médicos que reciba. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones sobre la cobertura respecto a su atención médica, consulte el Capítulo 9 “Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)”.

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

MÉTODO	Decisiones sobre la cobertura respecto a la atención médica: información de contacto
LLAMADAS	1-888-777-5536 Las llamadas a este número son gratuitas. los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-866-640-826
CORREO POSTAL	Kaiser Permanente Member Relations Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road, NE Atlanta, GA 30305-1736
SITIO WEB	kp.org

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura respecto a sus medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión sobre la cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre el monto que pagaremos por los medicamentos recetados cubiertos en sus beneficios de la Parte D de su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones sobre la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 “Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)”.

MÉTODO	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAMADAS	1-888-791-7229 Las llamadas a este número son gratuitas. los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-844-403-1028

MÉTODO	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
CORREO POSTAL	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 25183 Santa Ana, CA 92799
SITIO WEB	kp.org

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación o queja sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión que tomamos sobre la cobertura. Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o farmacias de la red, incluida una queja sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja informal no abarca disputas sobre pagos ni cobertura

Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación o queja sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9, “Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)”.

MÉTODO	Apelaciones o quejas sobre la atención médica y los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAMADAS	1-888-777-5536 Las llamadas a este número son gratuitas. los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-404-949-5001
CORREO POSTAL	Kaiser Permanente Member Relations Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road, NE Atlanta, GA 30305-1736
SITIO WEB	kp.org
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Si desea presentar una queja en línea ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo por la atención médica o el medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (tal como una factura de un proveedor) que considera que nosotros debemos pagar, quizás necesite pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7, “Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibe por servicios médicos o medicamentos cubiertos”.

Nota: Si nos envía una solicitud de pago y nosotros rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar esta decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9, “Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)”.

MÉTODO	Solicitudes de pago: Información de contacto
LLAMADAS	1-888-777-5536 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
CORREO POSTAL	Kaiser Permanente Claims Department Mid-Atlantic States Region P.O. Box 371860 Denver, CO 80237-9998
SITIO WEB	kp.org

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

Medicare es el programa federal de seguro para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con determinadas incapacidades y personas con insuficiencia 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 (a veces llamados "CMS"). Esta agencia tiene contrato con las organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

MÉTODO	Medicare: Información de contacto
LLAMADAS	<p>1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial, y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le ofrece información actualizada y noticias actuales sobre Medicare. También contiene datos sobre hospitales, hogares geriátricos, médicos, agencias de atención de salud domiciliaria y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también ofrece información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y sus opciones de inscripción por medio de las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: Proporciona información del estado de elegibilidad para Medicare.• Buscador de planes de Medicare: Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas le ofrecen un cálculo aproximado de cuáles podrían ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Si desea presentar una queja ante Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare trata las quejas informales con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

MÉTODO	Medicare: Información de contacto
	Si no tiene una computadora, puede recibir ayuda y visitar nuestro sitio web desde una computadora de una biblioteca o un centro para personas de la tercera edad de su localidad. También puede llamar a Medicare y solicitar la información que necesite. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) , las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 3 — Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Virginia, el SHIP se llama Virginia Insurance Counseling and Assistance Program.

El Programa de Asesoramiento y Asistencia de Seguros de Virginia es un programa estatal independiente (que no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento gratuito sobre los seguros de salud locales a personas que tienen Medicare.

Los consejeros del Programa de Asesoramiento y Asistencia de Seguros de Virginia pueden explicarle sus derechos como beneficiario de Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre el tratamiento o la atención médica que recibe y ayudarle a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los consejeros del Programa de Asesoramiento y Asistencia de Seguros de Virginia también pueden ayudarle a responder preguntas o problemas sobre Medicare y a comprender las diferentes opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO para acceder a SHIP y otros recursos:

- Visite www.medicare.gov.
- Haga clic en “**Hablar con alguien**” en el medio de la página de inicio.
- Ahora tiene las siguientes opciones:
 - ◆ Opción 1: Puede conversar en vivo con un representante de **1-800-MEDICARE**.
 - ◆ Opción 2: Puede seleccionar su estado en el menú desplegable y hacer clic en “Go” (Ir). Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

MÉTODO	Virginia Insurance Counseling and Assistance Program: información de contacto
LLAMADAS	1-804-662-9333 o la línea telefónica gratuita al 1-800-552-3402
TTY	711
CORREO POSTAL	1610 Forest Avenue, Suite 100, Henrico, VA 23229
SITIO WEB	www.vda.virginia.gov

Sección 4 — Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Existe una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para prestar servicios a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Virginia, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta.

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que Medicare les paga para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Livanta es una organización independiente y no está relacionada con nuestro plan.

Comuníquese con Livanta si:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si considera que la cobertura para su hospitalización termina demasiado pronto.
- Si considera que la cobertura de sus servicios de atención médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios recibidos en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) termina demasiado pronto.

MÉTODO	Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Virginia): información de contacto
LLAMADAS	1-888-396-4646 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m. Fines de semana y días festivos, de 11 a. m. a 3 p. m.
TTY	1-888-985-2660 Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial, y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.
CORREO POSTAL	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	www.livantaqio.com

Sección 5 — Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad de una persona para Medicare y de gestionar la inscripción. Los ciudadanos y los residentes legales permanentes de los Estados Unidos mayores de 65 años o que tengan una incapacidad o enfermedad renal crónica terminal y que además, cumplan con ciertas condiciones, reúnen los requisitos para recibir Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, su inscripción en Medicare es automática. De lo contrario, tiene que inscribirse en Medicare. Si desea inscribirse en Medicare, puede llamar a un representante del Seguro Social o visitar la oficina local.

El Seguro Social también determina quiénes tienen que pagar un monto adicional para recibir la cobertura de medicamentos de la Parte D por tener ingresos mayores. Si recibió una carta del Seguro Social para comunicarle que debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre ese monto o si sus ingresos se redujeron debido a un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar que reconsideren su caso.

Si cambia de domicilio o de dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informárselo.

MÉTODO	Seguro Social: Información de contacto
LLAMADAS	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social las 24 horas del día para escuchar información grabada y realizar algunos trámites.
TTY	1-800-325-0778 Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial, y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

Sección 6 — Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a algunas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los gastos médicos. Algunas personas con Medicare también reúnen los requisitos para unirse a Medicaid.

Los programas que se ofrecen por medio de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, tales como sus primas, por ejemplo. Estos “Programas de ahorro de Medicare” incluyen lo siguiente:

- **Beneficiario de Medicare calificado (QMB):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Algunas personas que tienen QMB también tienen todos los beneficios completos de Medicaid (QMB+).
- **Beneficiario con bajos ingresos especificado de Medicare (SLMB):** Ayuda al pago de las primas de la Parte B. Algunas personas que son SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+).
- **Persona calificada (QI):** Ayuda al pago de las primas de la Parte B.
- **Personas con discapacidades y con trabajo calificadas (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la agencia de Medicaid de su estado que se menciona a continuación.

MÉTODO	Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia: información de contacto
LLAMADAS	1-804-786-6145 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
TTY	1-800-343-0634 Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial, y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.
CORREO POSTAL	Comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales (DSS) de la ciudad o del condado donde vive.
SITIO WEB	www.dmas.virginia.gov

Sección 7 — Información sobre los programas de ayuda para pagar los medicamentos recetados

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

Programa “Beneficio Adicional” de Medicare.

Medicare ofrece “Beneficio Adicional” para pagar los medicamentos recetados a personas que tienen bajos ingresos y recursos limitados. Entre los recursos se incluyen los ahorros y las inversiones en acciones pero no su hogar ni su automóvil. Si usted califica, recibirá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos por medicamentos recetados de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Este “Beneficio Adicional” también cuenta para el cálculo de los gastos de bolsillo.

Si usted reúne los requisitos automáticamente para participar en el programa “Beneficio Adicional”, Medicare le enviará una carta. No tendrá que postularse. Si no reúne los requisitos automáticamente, es posible que pueda obtener “Beneficio Adicional” para pagar los costos y las primas de sus medicamentos recetados. Para saber si reúne los requisitos para obtener “Beneficio Adicional”, comuníquese con:

- **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina del Seguro Social, al **1-800-772-1213**, de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778** (solicitudes) o

- A la oficina estatal de Medicaid (solicitudes) (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si considera que reúne los requisitos para participar en el programa “Beneficio Adicional” y cree que está pagando un monto incorrecto de costo compartido cuando recibe sus medicamentos recetados en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para que solicite ayuda para obtener evidencia de su nivel de copago correcto, o bien, si usted ya tiene evidencia, para enviárnosla.

Si no está seguro sobre qué evidencia proporcionarnos, llame a una farmacia de la red o a Servicio a los Miembros. Generalmente, es una carta de la oficina estatal de Medicaid o del Seguro Social que confirma que usted reúne los requisitos para participar en el programa "Beneficio Adicional". La evidencia también puede ser un documento expedido por el estado que contenga su información de elegibilidad relacionada con los Servicios en el Hogar y la Comunidad.

Es posible que usted o su representante designado deba proporcionar la evidencia a una farmacia de la red cuando surta recetas cubiertas de la Parte D, de tal forma que podamos cobrarle el monto adecuado del costo compartido hasta que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) actualicen sus registros para que su estado actual se vea reflejado. Una vez que los CMS actualicen sus registros, ya no necesitará presentar la evidencia en la farmacia. Proporcione su evidencia de una de las siguientes maneras para que podamos reenviarla a los CMS, a fin de que se haga la actualización correspondiente:

- Escriba a Kaiser Permanente a la siguiente dirección:
California Service Center
Attn: Best Available Evidence
P.O. Box 232407
San Diego, CA 92193-2407
- Envíela por fax al siguiente número **1-877-528-8579**.
- Llévela a una farmacia de la red o a su oficina local de Servicio a los Miembros en un centro de atención de la red.

Cuando recibamos la evidencia que muestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema de tal forma que pueda pagar el copago correcto cuando surta su próxima receta médica en la farmacia. Si hace un pago superior a su copago, le reembolsaremos el dinero. Le enviaremos un cheque por el monto que pagó de más o lo compensaremos en copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y lo mantiene como una deuda que debe pagar, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado realizó el pago en su nombre, podemos pagarle directamente al estado. Comuníquese con Servicio a los Miembros si tiene alguna pregunta.

¿Qué ocurre si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos Contra el SIDA (ADAP)? ¿Qué es el AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a los individuos con VIH o SIDA que reúnen los requisitos a que tengan acceso a medicamentos que salvan vidas contra el VIH. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están en el formulario del ADAP califican para la asistencia con el costo compartido de los medicamentos recetados por medio del ADAP de Virginia.

Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben reunir ciertos requisitos, incluida una prueba de residencia en el estado y su condición de VIH, bajos ingresos conforme a la definición del estado y estar sin seguro o con seguro insuficiente. Si cambia de parecer, notifique a su trabajador local de inscripción en el ADAP para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, por favor llame al **1-855-362-0658** para residentes de Virginia.

Sección 8 — Cómo contactar a la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios

La Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe los beneficios de Medicare por parte de la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios, es importante que les avise si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene alguna pregunta con respecto a los beneficios que brinda la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

MÉTODO	Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios: Información de contacto
LLAMADAS	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Si marca “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios (RRB), de 9 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m., los miércoles.</p> <p>Si marca “1”, puede acceder a la Línea de Ayuda automatizada de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial, y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla. Las llamadas a este número tienen costo.</p>
SITIO WEB	rrb.gov/

Sección 9 — ¿Tiene “seguro de grupo” u otro seguro médico proporcionado por un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios por parte de su empleador (o el de su cónyuge) o de un grupo de jubilados como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios sindicales o del empleador o a Servicio a los Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, primas o periodos de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge) o de un grupo de jubilados. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este documento. También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY 1-877-486-2048)** para realizar preguntas relacionadas con la cobertura de Medicare que le ofrece este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados por medio de un grupo de jubilados o de su empleador (o el de su cónyuge), comuníquese con el administrador de beneficios de ese grupo. Esta persona le ayudará a determinar cómo se complementa su cobertura actual para medicamentos de venta con receta con nuestro plan.

Capítulo 3 — Cómo usar la cobertura de nuestro plan para sus servicios médicos

Sección 1 — Qué debe saber para obtener su cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que necesita saber sobre el uso de nuestro plan para obtener atención médica cubierta. Se ofrecen definiciones de algunos términos y se explican las reglas que debe seguir para acceder a tratamientos médicos, servicios médicos, equipos, medicamentos recetados y a otros tipos de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica está cubierta por el plan y cuánto paga usted cuando la recibe, use la tabla de beneficios que se encuentra en el próximo capítulo, Capítulo 4, “Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)”.

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

- Los **“proveedores”** son médicos y otros profesionales de la salud que están autorizados por el estado para proporcionar atención y servicios médicos. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y demás profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su costo compartido como un pago completo. Tenemos un acuerdo con estos proveedores para que proporcionen servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan. Al usar uno de estos proveedores de la red, debe pagar un porcentaje del costo de los servicios que le proporcionan.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo de atención médica y los medicamentos recetados que tienen cobertura de nuestro plan. Los servicios de atención médica cubiertos se encuentran enumerados en la tabla de beneficios, en el Capítulo 4. En el Capítulo 5 se describen sus servicios cubiertos de medicamentos recetados.

Sección 1.2 – Reglas básicas para recibir su atención médica que cubre nuestro plan

Como plan de salud de Medicare, nuestro plan debe cubrir todos los servicios que Original Medicare cubre y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

Por lo general, nosotros cubriremos su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe está incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos de nuestro plan** (consulte esta tabla en el Capítulo 4 de este documento).

- **La atención que recibió se considera necesaria desde el punto de vista médico.**
“Necesario desde el punto de vista médico” significa que los servicios, artículos, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un médico de cabecera** (primary care provider, PCP) de la red, que le brinda atención médica y la supervisa. Como miembro de nuestro plan, debe elegir un médico de atención primaria de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - ◆ En la mayoría de los casos, el PCP de la red debe darle una referencia previa antes de que pueda usar otros proveedores en la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se denomina “referencia” (para obtener más información, consulte la Sección 2.3 de este capítulo).
 - ◆ No se requiere que su PCP le proporcione una referencia para obtener atención de emergencia o servicios necesarios con urgencia. Además, hay otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP (para obtener más información, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención por parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor que no pertenece a la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. Existen cinco excepciones:
 - ◆ Cubrimos la atención de emergencia o los servicios necesarios con urgencia que recibe de un proveedor que no pertenece a la red. Para obtener más información sobre el tema y para saber qué significa servicios de emergencia o urgentes, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - ◆ Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que puedan proporcionar esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que paga normalmente dentro de la red si nosotros o nuestro Medical Group autoriza los servicios antes de que usted obtenga la atención. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si hubiera recibido la atención médica de uno de los proveedores de la red. Para obtener información sobre la aprobación para ver a un proveedor que no pertenece a la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - ◆ Cubrimos los servicios de diálisis renal que recibe en los centros de diálisis certificados por Medicare mientras se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio o cuando su proveedor de este servicio no está disponible ni accesible temporalmente. El costo compartido que paga al plan por la diálisis nunca puede superar el costo compartido de Original Medicare. Si está fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

- ◆ Si recibe servicios dentro de los Estados Unidos o sus territorios, brindaremos cobertura limitada a través de nuestro beneficio Care Plus para atención preventiva, de rutina, de seguimiento y continua obtenida de proveedores fuera de la red (consulte el Capítulo 4, Sección 2.2, después del Cuadro de Beneficios Médicos, para obtener más información).
- ◆ Atención médica que recibe de los proveedores de la red en otras regiones de Kaiser Permanente descritas en la Sección 2.4 de este capítulo.

Sección 2 — Obtenga la atención médica que necesita de los proveedores de nuestra red

Sección 2.1 – Debe escoger un proveedor de atención primaria (PCP) que le proporcione y supervise la atención médica

¿Qué es un “PCP” y qué es lo que hace por usted?

Como miembro, debe elegir uno de los proveedores de la red que esté disponible para que sea su médico de cabecera. Su médico de cabecera es un médico que cumple con los requisitos estatales y que está capacitado para proporcionar atención médica primaria. Por lo general, el médico de atención primaria ejerce la medicina general (también llamada medicina interna o medicina familiar). Los PCP se encuentran identificados en el **Directorio de Proveedores**.

Su PCP proporciona, receta o autoriza servicios cubiertos médicamente necesarios. Su PCP le proporcionará la mayor parte de su atención básica o de rutina y le proporcionará una referencia según sea necesario para consultar a otros proveedores de la red para recibir otra atención que necesite. Por ejemplo, para que usted pueda ver a un especialista, por lo general primero necesita obtener la aprobación de su PCP (a esto se le llama obtener una “referencia” para un especialista). Hay algunos tipos de servicios cubiertos que puede obtener por su cuenta sin consultar primero a su PCP (consulte la Sección 2.2 de este capítulo).

Su PCP también coordinará su atención. La “coordinación” de su atención incluye consultar a otros proveedores de la red sobre su atención y su progreso. En algunos casos, su PCP tendrá que obtener una autorización previa (aprobación previa) de nosotros (consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más información).

¿Cómo elegir o cambiar su PCP?

Como se explicó anteriormente, su PCP tiene un papel importante en su atención médica. Por eso, requerimos que tenga un PCP. Si no selecciona a un PCP cuando se inscriba, nosotros le asignaremos un médico y le notificaremos según corresponda.

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento de entre nuestros PCP disponibles, incluso si necesita seleccionar un nuevo PCP porque su PCP ya no es parte de nuestra red de proveedores. Sus elecciones de PCP entrarán en vigencia de inmediato.

Para elegir o cambiar su PCP, por favor llame a Servicio a los Miembros o visite **kp.org/doctor**.

Cuando llame, díganos si está consultando a especialistas o si está recibiendo otros servicios cubiertos que necesiten la aprobación de su PCP (como servicios de salud domiciliaria y equipo médico duradero) para que podamos decirle si necesita una referencia de su nuevo PCP para continuar los servicios. También, en caso de que usted quiera acudir a un determinado especialista u hospital de la red, verifique con nosotros que el PCP haga referencias a ese especialista o que use ese hospital.

Consulte su **Directorio de Proveedores** o llame a Servicio a los Miembros para obtener más información sobre cómo seleccionar un PCP y qué proveedores están aceptando nuevos pacientes.

Sección 2.2 – ¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin una referencia de su PCP?

Puede recibir los servicios que se mencionan a continuación sin necesidad de obtener una aprobación por adelantado del PCP:

- Atención de rutina de salud de la mujer, que incluye exámenes del seno, mamografías de detección (radiografías del seno), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, contra el COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o que no pertenecen a la red.
- Servicios necesarios con urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, siempre que los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos temporalmente o cuando usted está temporalmente fuera de nuestra área de servicio. Por ejemplo, si necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios se deben necesitar de inmediato y ser médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de atención de diálisis con certificación de Medicare mientras se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio. (Si es posible, llame a Servicio a los Miembros antes de abandonar el área de servicio, para que podamos ayudarle a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera).
- Consultas para recibir educación sobre enfermedades renales, siempre y cuando obtenga los servicios de un proveedor de la red.
- Atención de profilaxis dental, siempre y cuando reciba los servicios de un proveedor de la red.
- Atención preventiva, excepto las pruebas de detección de aneurismas aórticos abdominales, la medición de la masa ósea, las pruebas de detección cardiovasculares, las pruebas de detección de cáncer colorrectal y la terapia nutricional médica.

Sección 2.3 – Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que presta servicios de atención para la salud para el tratamiento de una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Existen muchos tipos de especialistas, por ejemplo: vea aquí algunos ejemplos:

- Oncólogos, que atienden a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos, que atienden a los pacientes que tienen enfermedades cardíacas.
- Ortopedistas, que atienden a los pacientes que tienen ciertos trastornos óseos, musculares o de las articulaciones.

Referencias de su PCP

Por lo general, acudirá primero con su PCP para atender la mayoría de sus necesidades médicas de rutina. Hay solo unos pocos tipos de servicios cubiertos que puede obtener por su cuenta, sin la aprobación previa de su PCP, los cuales se describen en la Sección 2.2 de este capítulo.

Referencias a proveedores de la red

Cuando su PCP le receta atención que no está disponible de un PCP (por ejemplo, atención especializada), le dará una referencia para ver a un especialista de la red u otro proveedor de la red según sea necesario. Si su PCP le refiere a un especialista de la red, la referencia será para un plan de tratamiento específico. Su plan de tratamiento puede incluir una referencia abierta si se le receta atención continua del especialista. Le enviaremos una referencia por escrito para autorizar una consulta inicial o un número específico de visitas con un especialista de la red. Después de su consulta inicial con el especialista de la red, debe regresar con su PCP, a menos que hayamos autorizado más visitas, de acuerdo con lo que se especifique en la referencia escrita que le demos. No regrese con el especialista de la red después de su consulta inicial a menos que hayamos autorizado visitas adicionales en su referencia. De lo contrario, es posible que los servicios no estén cubiertos.

Para algunos tipos de atención especializada de la red, es posible que su PCP necesite obtener una aprobación previa de nuestro plan. En caso de que usted quiera acudir a un determinado especialista u hospital de la red, verifique antes que el PCP haga referencias a ese especialista.

Autorización previa

Para los artículos y servicios que se mencionan a continuación, su proveedor de la red necesitará obtener una aprobación por adelantado de nuestro plan o del Medical Group (a esto se le llama obtener una “autorización previa”). Solo médicos certificados u otros profesionales médicos certificados tomarán las decisiones sobre las solicitudes de autorización. Si alguna vez no está de acuerdo con las decisiones de autorización, puede presentar una apelación como se describe en el Capítulo 9.

- Servicios y artículos identificados en el Capítulo 4 con una nota al pie (†).
- Para cierta atención especializada de la red, su PCP debe solicitar que autoricemos la referencia antes de que pueda consultar al proveedor de atención especializada de la red. Si autorizamos la referencia, será para un plan de tratamiento específico como se explicó anteriormente (consulte “Referencias a especialistas” para obtener los detalles).
- Si su proveedor de la red decide que usted necesita servicios cubiertos que no están disponibles en los proveedores de la red, recomendará al Medical Group que se le remita a un proveedor que no pertenece a la red dentro o fuera de nuestra área de servicio. La persona designada por el Medical Group autorizará los servicios si determina que los servicios cubiertos son necesarios desde el punto de vista médico y no están disponibles por medio de un proveedor de la red. Las referencias a proveedores que no pertenecen a la red serán para un plan de tratamiento específico, que puede incluir una referencia abierta si se requiere atención continua. Especifica la duración de la referencia sin tener que obtener nuestra aprobación adicional. Pregúntele a su proveedor de la red qué servicios se han autorizado si no está seguro. Si el especialista no pertenece a la red quiere que usted continúe recibiendo más atención, asegúrese de que la referencia cubra atención adicional. Si no es así, comuníquese con su proveedor de la red.

- Después de que nos notifiquen que usted necesita cuidados postestabilización por parte de un proveedor que no pertenece a la red tras recibir atención de emergencia, comentaremos su afección con el proveedor que no pertenece a la red. Si decidimos que usted necesita cuidados postestabilización y que los cuidados estarían cubiertos si los recibiera de un proveedor de la red, autorizaremos la atención por parte de un proveedor que no pertenece a la red únicamente si no podemos hacer los arreglos necesarios para que los reciba de un proveedor de la red (u otro proveedor designado). Para obtener más información, consulte la Sección 3.1 de este capítulo.
- Cirugía de cambio de sexo necesaria desde el punto de vista médico y procedimientos asociados.
- Cirugía bariátrica necesaria desde el punto de vista médico.
- Atención de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud descrita en la Sección 6 de este capítulo.
- Si su proveedor de la red hace una referencia por escrito o electrónica para un trasplante, el comité asesor regional de trasplantes de Medical Group y los Servicios Nacionales de Trasplantes (NTS) autorizará los servicios si determina que son necesarios desde el punto de vista médico o si tienen cobertura de acuerdo con las pautas de Medicare. En los casos en que no exista un comité o junta de trasplantes, Medical Group lo referirá a médicos en un Centro de excelencia de trasplantes. Se emitirá una autorización para los servicios de trasplante necesarios desde el punto de vista médico o se cubrirá de acuerdo con las pautas de Medicare en colaboración con el especialista de referencia de Kaiser Permanente y el equipo de trasplantes en el Centro de excelencia.
- Para las hospitalizaciones de pacientes que no sean de emergencia, Medical Group y nuestro plan coordinarán su atención y determinarán en qué hospital o centro será hospitalizado. Su proveedor de la red debe recibir una autorización previa de nuestra parte para las hospitalizaciones que no sean de emergencia, que incluyen hospitalizaciones en salud del comportamiento, centros de enfermería especializada, rehabilitación para pacientes hospitalizados u otros establecimientos para pacientes hospitalizados. Determinaremos cuál es el centro de atención más adecuado para su atención. Según sus necesidades médicas, podemos transferirlo de un hospital de la red, u otro establecimiento para pacientes internos, a otro hospital de la red donde los médicos del Grupo Médico siempre están trabajando. Además, podemos transferirlo de un centro de enfermería especializada de la red a otro donde los médicos del Medical Group hacen rondas y están disponibles para brindar atención de urgencia.

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

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

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar en el transcurso del año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible para notificarle con un mínimo de 30 días de anticipación que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.

- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento necesario desde el punto de vista médico que está recibiendo y nosotros colaboraremos con usted para garantizar que así sea.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir dicho servicio a un costo compartido dentro de la red. Comuníquese con nosotros para que podamos autorizar los servicios.
- Si se entera de que su médico o especialista va a abandonar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un proveedor nuevo que administre su atención médica.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado que reemplace a su proveedor anterior o que su atención no se administra adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la QIO, una queja formal sobre la calidad de la atención a nuestro plan o ambas. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 – Cómo obtener atención de proveedores que no pertenecen a la red

La atención médica que reciba de un proveedor que no pertenece a la red no estará cubierta salvo en los siguientes casos:

- Servicios de emergencia o servicios necesarios con urgencia que reciba de un proveedor que no pertenece a la red. Para obtener más información sobre el tema y para saber qué significa servicios de emergencia o urgentes, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Nosotros o el Medical Group autoriza una referencia a un proveedor que no pertenece a la red, según se describe en la Sección 2.3 de este capítulo.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de atención de diálisis con certificación de Medicare mientras se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio.
- Si visita el área de servicio de otra región de Kaiser Permanente, puede recibir ciertos tipos de atención médica cubiertos de acuerdo con esta **Evidencia de Cobertura** de los proveedores designados en dicha área de servicio. Por favor llame a nuestra línea de atención para viajeros al **1-951-268-3900 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto días festivos), o visite nuestro sitio web en **kp.org/travel** para obtener más información sobre cómo recibir atención cuando visite el área de servicio de otras regiones de Kaiser Permanente, incluida información de cobertura y ubicaciones de los centros de atención. Kaiser Permanente se encuentra en California, Distrito de Columbia, Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia y Washington. **Nota:** Nuestra línea de atención para viajeros también puede responder a preguntas sobre los servicios de atención de urgencia o emergencia cubiertos que recibe en entornos que no pertenecen a la red, incluido cómo obtener el reembolso.
- Servicios cubiertos por el beneficio de punto de servicio (POS) de Care Plus que se describe a continuación.

Beneficio de punto de servicio (POS)

- Nuestro plan incluye un beneficio de punto de servicio (POS). Esto significa que, como miembro de nuestro plan, si se encuentra en cualquier lugar dentro de los Estados Unidos y sus territorios, puede optar por recibir parte de su atención ambulatoria de proveedores fuera de la red hasta el monto anual de cobertura de beneficios. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos será mayor. Para obtener información sobre los servicios ambulatorios cubiertos y los costos compartidos, consulte el Capítulo 4, Sección 2.2, después del Cuadro de Beneficios Médicos.
- Aquí hay otras cosas importantes que debe saber sobre el uso de proveedores fuera de la red bajo este beneficio POS:
 - ◆ No todos los servicios que están cubiertos por los beneficios HMO de nuestro plan están cubiertos por el beneficio POS. Por ejemplo, la atención para pacientes hospitalizados, la cirugía ambulatoria, los centros de enfermería especializada y los medicamentos de la Parte D no están cubiertos por este beneficio adicional.
 - ◆ El beneficio POS tiene un monto anual de cobertura de beneficios total, también llamado máximo de beneficio, lo que significa que usted es responsable de todos los costos de los servicios que excedan el monto anual de cobertura de beneficios. El monto anual de la cobertura de beneficios es el monto máximo en dólares que nuestro plan pagará a los proveedores fuera de la red por sus servicios cubiertos.
 - ◆ Su costo compartido bajo el beneficio POS no se aplica al monto máximo anual de gastos de bolsillo (MOOP).
 - ◆ Puede obtener sus servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare. Si recibe un servicio de un proveedor que no participa en Medicare, el reembolso se basará en el programa de tarifas de Medicare. Es posible que deba pagar el costo total del servicio en el lugar del servicio y presentar un reclamo de reembolso. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que participa en Medicare, o visite **Medicare.gov** para obtener una lista de proveedores elegibles de Medicare.
 - ◆ No necesita obtener una referencia ni autorización previa cuando recibe atención de proveedores fuera de la red con su beneficio POS. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red, puede llamar a Servicio a los Miembros para informarnos que va a usar un proveedor fuera de la red y confirmar que los servicios que está recibiendo están cubiertos. Esto es importante porque si luego determinamos que los servicios no están cubiertos, podemos negar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si denegamos el pago de los servicios que recibe, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una apelación.
 - ◆ El proveedor que elija podría presentar el reclamo en su nombre. Si el proveedor no presenta un reclamo en su nombre, debe presentarnos un reclamo para obtener el reembolso. Para obtener más información sobre cómo enviar un reclamo, consulte el Capítulo 7, Sección 2. Usted es responsable de cualquier cargo y debe presentarnos un reclamo para que le reembolsemos los servicios cubiertos.

Sección 3 — Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante un desastre

Sección 3.1 – Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debo hacer si tengo una?

Una “emergencia médica” es una situación en la que usted u otra persona prudente sin experiencia profesional, pero con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si cursa un embarazo, la pérdida de un bebé no nacido), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la insuficiencia grave de una función del organismo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No es necesario que obtenga una aprobación previa ni una referencia de su PCP. No necesita utilizar un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar dentro o fuera de los Estados Unidos.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** Necesitaremos hacer un seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos, en general, dentro de un plazo de 48 horas, para informarnos sobre la atención de emergencia. Encontrará el número al que debe llamar en el dorso de la tarjeta de membresía del plan.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en que el traslado a la sala de emergencias por cualquier otro medio puede poner en riesgo su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le proporcionen la atención de emergencia determinarán en qué momento su situación es estable y cuándo termina la emergencia médica.

Nos asociaremos con los médicos que le brinden la atención de emergencia para ayudar a coordinar su atención y darle seguimiento. Después de ese momento, tiene derecho a acceder a la atención de seguimiento para asegurarse de que su condición continúe siendo estable. Sus médicos continuarán tratándole hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes sobre atención adicional. Cubriremos su atención de seguimiento posestabilización de acuerdo con las pautas de Medicare. Es muy importante que su proveedor nos llame para obtener autorización para la atención de posestabilización antes de recibir la atención del proveedor fuera de la red. En la mayoría de los casos, solo deberá hacerse cargo de los gastos si recibe una notificación nuestra o del proveedor fuera de la red sobre su posible responsabilidad.

Si quienes le brindan la atención de emergencia son proveedores fuera de la red, intentaremos hacer gestiones para que los proveedores de la red se encarguen de su atención tan pronto como su estado y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si usted tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría solicitar atención de emergencia porque cree que su salud está en grave peligro; luego, es posible que el médico le informe que, después de todo, no era una emergencia médica. Si resulta que no se trataba de una emergencia, cubriremos su atención siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional solo si la recibe de una de estas dos maneras:

- Usted va a un proveedor dentro la red para obtener la atención adicional.
- O la atención adicional que recibe es considerada “atención urgente” y usted sigue las reglas para recibir la atención de urgencia (para obtener más información, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 – Cómo recibir atención cuando tenga una necesidad urgente de servicios

¿Qué son los "servicios que se necesitan con urgencia"?

Un servicio necesario con urgencia es una situación que no es de emergencia pero que requiere atención médica inmediata y que, dadas las circunstancias, no es posible o razonable recibir esos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir servicios necesarios con urgencia que reciba fuera de la red. Entre algunos ejemplos de servicios necesarios con urgencia se encuentran los siguientes: i) un dolor de garganta intenso que ocurra durante el fin de semana, o ii) el brote imprevisto de una afección conocida cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio.

Sabemos que a veces es difícil saber qué tipo de atención necesita. Por esta razón, contamos con un servicio telefónico de enfermeros de consulta para ayudarlo. Nuestros enfermeros de consulta son enfermeros titulados que recibieron una capacitación especial para evaluar síntomas médicos y brindar consejos por teléfono, siempre que sea apropiado desde el punto de vista médico. Ya sea que llame para pedir un consejo o programar una cita, puede hablar con un enfermero de consulta.

Con frecuencia, estos enfermeros pueden responder preguntas sobre problemas menores, indicarle qué hacer si un centro de la red está cerrado o aconsejarle qué hacer a continuación, incluido hacer citas de atención de urgencia para el mismo día, si es aconsejable desde el punto de vista médico. Para hablar con un enfermero de consulta las 24 horas del día, los 7 días de la semana o hacer una cita, llame al **1800777904 (TTY 711)** o consulte el **Directorio de Proveedores** para obtener los números de teléfono para programar citas y recibir consejos.

Nuestro plan cubre los servicios de atención de urgencia y emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias:

- Usted se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio.
- Los servicios fueron necesarios para tratar una enfermedad o lesión imprevista y evitar un deterioro grave de su salud.
- No era razonable retrasar el tratamiento hasta que regresara a nuestra área de servicio.
- Los servicios se habrían cubierto si los hubiera recibido de un proveedor de la red.

Sección 3.3 – Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador del estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos o el Presidente de los Estados Unidos declara el estado de desastre o emergencia en su área geográfica, también tiene derecho a recibir atención de nuestra parte.

Visite el sitio web **kp.org** para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

Durante un desastre, si no puede usar un proveedor de la red, nuestro plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con el costo compartido de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos recetados en una farmacia que no pertenece a la red. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

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

Sección 4.1 – Puede pedirnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Para informarse sobre qué hacer en caso de que haya pagado más del costo compartido del plan por los servicios cubiertos o de que haya recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 “Cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que recibe por servicios médicos o medicamentos cubiertos”.

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

Cubrimos todos los servicios médicamente necesarios como se enumeran en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, también pagará el costo total de cualquier servicio que reciba después de que haya agotado sus beneficios para ese tipo de servicio cubierto. Cualquier monto que pague después de que el beneficio se termine no se tomará en cuenta para el monto del gasto máximo de bolsillo.

Sección 5 — ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?

Sección 5.1 – ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es la forma en la que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. En los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, por lo general, se solicita que voluntarios participen en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y con su interés expreso, alguien que trabaje en este se comunicará con usted para darle más información al respecto y determinar si reúne los requisitos establecidos por los científicos que dirigen el estudio. Puede participar en un estudio aprobado por Medicare siempre y cuando reúna los requisitos para este y entienda y acepte completamente lo que implica participar.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico aprobado, solo será responsable del costo compartido de la red por los servicios que reciba en ese ensayo. Si pagó más de lo que debía, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido de la red. Sin embargo, necesitará proporcionar documentación para mostrarnos el monto que pagó. Mientras esté en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención médica (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio del plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos u obtener nuestra aprobación ni la del PCP. No es necesario que los proveedores que lo atienden como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Aunque no necesita una autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le alentamos a informarnos por anticipado cuando decida participar en ensayos clínicos aprobados por Medicare.

Si participa en un estudio que no tiene la aprobación de Medicare, será responsable de pagar todos los costos relacionados con su participación en el estudio.

Sección 5.2 – Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga los costos?

Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura de Original Medicare para los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, incluidos los siguientes:

- Alojamiento y comida para una hospitalización que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.

- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones asociados al nuevo tipo de atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte de los costos de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y su costo compartido de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio que pagaría si recibiese estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, se le pedirá que proporcione documentación que demuestre el costo compartido que pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Le ofrecemos un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Suponga que le realizan un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. También supongamos que su parte de los costos para esta prueba es de \$20 dólares de acuerdo con Original Medicare, pero la prueba sería de \$10 dólares en virtud de los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 estipulado de acuerdo con Original Medicare. Luego, informaría a su plan que recibió un servicio de un ensayo clínico aprobado y presentaría documentación, como una factura del proveedor al plan. El plan directamente le pagaría \$10. Por ende, su pago neto es de \$10, que es el mismo monto que pagaría de acuerdo con los beneficios de nuestro plan.

Tome en cuenta que para recibir pago de su plan, debe presentar documentación a su plan, tal como una factura del proveedor al plan.

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

- En general, Medicare no pagará por el artículo o servicio nuevo que se investiga en el estudio, a menos que este artículo o servicio tuviese cobertura de Medicare incluso si usted no participara en un estudio.
- Los artículos o servicios que reciba únicamente para obtener información y que no se usen para la atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas (TC) mensuales que formen parte del estudio si el tratamiento de su condición médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información acerca de cómo participar en un estudio de investigación clínica, visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare y los estudios de investigación clínica”. (La publicación está disponible

en www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf).

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

Sección 6 — Reglas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa no médica de cuidado de la salud”

Sección 6.1 – ¿Qué es una institución religiosa no médica de cuidado de la salud?

Una institución religiosa no médica de cuidado de la salud es un centro que proporciona atención para una condición que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si obtener atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, proporcionaremos en cambio cobertura para recibir cuidados en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud. Este beneficio se ofrece solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios no médicos de cuidado de la salud).

Sección 6.2 – Recibir atención de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud

Para obtener atención de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que establece que está en contra de manera consciente de recibir tratamiento médico que sea "no exceptuado".

- La atención médica o tratamiento "no exceptuado" es cualquier tipo de atención médica o tratamiento que sea voluntario y que no sea requerido por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico "exceptuado" es la atención médica o el tratamiento que recibe que no es voluntario o que es requerido por alguna ley federal, estatal o local.

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que reciba en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud debe satisfacer las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe tener la certificación de Medicare.
- Nuestra cobertura del plan de servicios que recibe se limita a aspectos no religiosos de la atención.
- Si usted recibe servicios de este tipo de instituciones en un centro de atención, aplican las siguientes condiciones:
 - ◆ Debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención para pacientes hospitalizados o de atención en un centro de enfermería especializada.
 - ◆ y debe obtener la aprobación con antelación de nuestro plan antes de que ingrese en el centro de atención, o no se cubrirá su estancia.

Nota: Los servicios cubiertos están sujetos a las mismas limitaciones y requisitos de costo compartido que los servicios que brindan proveedores de la red, como se describe en el Capítulo 4 y Capítulo 12.

Sección 7 — Reglas de titularidad del equipo médico duradero

Sección 7.1 – ¿Será dueño del equipo médico duradero después de que realice una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan?

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital pedidos por un proveedor para uso en el hogar. Determinados artículos, como las prótesis, son siempre propiedad del miembro. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son dueñas del equipo después de realizar copagos del equipo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de nuestro plan, no adquirirá la propiedad de los artículos de DME rentados, independientemente de cuántos copagos realice para estos artículos mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME con la cobertura de Original Medicare antes de unirse a nuestro plan.

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

Si no adquirió la titularidad del artículo de DME mientras pertenecía a nuestro plan, tendrá que hacer 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiarse a Original Medicare para ser dueño del artículo. Los pagos que realice mientras esté inscrito en el plan no se consideran.

Ejemplo 1: Realizó menos de 12 pagos consecutivos para el artículo en Original Medicare y luego se unió al plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no se consideran. Tendrá que realizar 13 pagos a nuestro plan para ser titular del artículo.

Ejemplo 2: Realizó menos de 12 pagos consecutivos para el artículo en Original Medicare y luego se unió al plan. Usted estaba en nuestro plan pero no había obtenido la membresía. Luego, se cambió a Original Medicare. Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos nuevos para poder ser el titular del artículo después de regresar a Original Medicare. Todos los pagos previos (a nuestro plan o a Original Medicare) no se consideran.

Sección 7.2 — Reglas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, nuestro plan cubrirá:

- El alquiler de equipos de oxígeno.
- La entrega de oxígeno y contenido de oxígeno.
- Los tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y su contenido.
- El mantenimiento y los arreglos del equipo de oxígeno.

Si abandona nuestro plan o ya no requiere el equipo de oxígeno desde el punto de vista médico, entonces debe devolver el equipo de oxígeno.

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

Original Medicare le exige al proveedor del oxígeno que le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, renta el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor brinda el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede decidir continuar con la misma compañía o cambiar a otra. En este momento, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar, incluso si continúa con la misma compañía, por lo que pagará los copagos por los primeros 36 meses. Si se une a nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

Capítulo 4 — Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Sección 1 — Descripción de los gastos de bolsillo por servicios cubiertos

En este capítulo se incluye un Cuadro de Beneficios Médicos que enumera los servicios cubiertos y los montos que debe pagar por cada uno como miembro de nuestro plan. Más adelante en este capítulo, podrá encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos y los límites que se aplican a ciertos servicios. También se explican los límites que se aplican a ciertos servicios. Además, consulte el Capítulo 3, Capítulo 11 y Capítulo 12 para obtener información de cobertura adicional, incluidas las limitaciones (por ejemplo, coordinación de beneficios, equipo médico duradero, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y responsabilidad civil de terceros). En la Sección 2.3 de este capítulo, se describen nuestros beneficios adicionales opcionales.

Sección 1.1 – Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos

Para entender la información de pagos que le proporcionamos en este capítulo, necesita saber los tipos de gastos de bolsillo que podría pagar por los servicios cubiertos.

- Un **“copago”** es el monto fijo que paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Usted paga el copago cuando recibe un servicio médico a menos que no cobremos todo el costo compartido en el momento y le enviemos una factura después. (El Cuadro de Beneficios Médicos en la Sección 2 de este capítulo le brinda más información sobre sus copagos).
- **“Coseguro”** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted paga el coseguro cuando recibe un servicio médico, a menos que no cobremos todo el costo compartido en el momento y le enviemos una factura después. (El Cuadro de Beneficios Médicos en la Sección 2 de este capítulo le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario de Medicare calificado (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrar a su proveedor una prueba de su elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde.

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

Como usted está inscrito en un plan de Medicare Advantage, existe un límite en el monto total de los gastos de bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Este límite se denomina monto de gastos máximos de bolsillo (MOOP) para servicios médicos. Para el año calendario 2023, este monto es de **\$6,500**.

Los montos que paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos de la red se toman en cuenta para este monto máximo de gastos de bolsillo. Los montos que paga por las primas del plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no se toman en cuenta para el monto de gastos máximos de bolsillo. Además, los montos que usted pague por algunos servicios no se toman en cuenta para el monto del gasto máximo de bolsillo. Estos servicios están señalados con un asterisco (*) en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto de los gastos máximos de bolsillo de **\$6,500**, no tendrá que pagar ningún otro costo de su bolsillo durante el resto del año correspondiente a los servicios cubiertos dentro de la red de las Partes A y B. Sin embargo, deberá seguir pagando las primas del plan y las primas de Medicare Parte B (a menos que esta última sea pagada por Medicaid o por algún otro tercero).

Sección 1.3 – Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen el saldo”

Como miembro de nuestro plan, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por el plan. Es posible que los proveedores no agreguen cargos adicionales independientes como “facturación de saldos”. Esta protección se aplica aun cuando nosotros paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio y aun cuando haya una disputa y no paguemos ciertos cargos del proveedor. Esta protección funciona de la siguiente forma:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad establecida de dinero, por ejemplo, \$15), entonces solo paga ese monto por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más de ese porcentaje. Sin embargo, el costo depende del tipo de proveedor al que acuda:
 - ◆ Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso de nuestro plan (según se especifica en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - ◆ Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red, pero que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde, cubrimos servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, tal como cuando obtiene una referencia o para emergencias o servicios que se necesitan con urgencia).
 - ◆ Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde, cubrimos servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, tal como cuando obtiene una referencia o para emergencias o servicios que se necesitan con urgencia).
- Si cree que un proveedor le “facturó saldos”, llame a Servicio a los Miembros.

Sección 2 — Consulte en este Cuadro de Beneficios Médicos qué servicios tienen cobertura y cuánto debe pagar por ellos

Sección 2.1 – Sus beneficios médicos y los costos como miembro de nuestro plan

El Cuadro de Beneficios Médicos que aparece en las siguientes páginas indica qué servicios cubrimos y qué gastos de bolsillo paga por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios que se mencionan en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos únicamente cuando los siguientes requisitos de cobertura se cumplen:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben prestarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (entre ellos, la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos recetados de la Parte B) deben ser necesarios desde el punto de vista médico. “Necesario desde el punto de vista médico” significa que los servicios, artículos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe la atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de urgencia o emergencia o a menos que su plan o un proveedor de la red le hayan dado una referencia. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados.
- Tiene un médico de cabecera (Primary Care Provider, PCP) que le proporciona atención médica y la supervisa. En la mayoría de los casos, el PCP debe darle una aprobación por adelantado antes de que pueda acudir con otros proveedores de la red de nuestro plan. A esto se le llama darle una "referencia".
- Algunos de los servicios que se incluyen en el Cuadro de Beneficios Médicos tienen cobertura solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación por adelantado (a veces llamada "autorización previa"). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en el Cuadro de Beneficios Médicos con una nota al pie de página (†). Además, puede consultar el Capítulo 3, Sección 2.3 para obtener más información sobre las autorizaciones previas, incluidos los servicios que requieren autorización previa y que no se incluyen en el Cuadro de Beneficios Médicos.

Otros datos importantes de nuestra cobertura que debe conocer son los siguientes:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, paga más en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, paga menos. (Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual **Medicare y Usted 2023**. Consúltelo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**).

- Todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare también están cubiertos por nosotros sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o supervisión para una condición médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un costo compartido a la atención recibida para la condición médica existente.
 - ◆  Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios Médicos.
- Si Medicare agrega la cobertura de algún servicio nuevo durante 2023, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

Cuadro de Beneficios Médicos

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal†</p> <p>Una ecografía de detección única para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una referencia para ella de un médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o enfermero clínico.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p>Acupuntura para el dolor crónico de la parte baja de la espalda†</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: <ul style="list-style-type: none"> ◆ A efectos de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define como: <ul style="list-style-type: none"> ○ Con una duración de 12 semanas o más. ○ No específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). ○ No asociado a una cirugía. ○ No asociado al embarazo. <p>Se cubren ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o si presenta regresión.</p> <p>Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifican en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p>	<p>\$10 por visita.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Una maestría o un doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, • Una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por las regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios cubiertos de ambulancia incluyen los servicios de ambulancia de ala fija, de ala rotativa y terrestre hacia el centro de atención más cercano que pueda brindar atención si estos servicios son proporcionados a un miembro cuya condición médica es tal que otro medio de transporte podría comprometer la salud de la persona o en caso de que sean autorizados por nuestro plan. • También cubrimos servicios de una ambulancia autorizada en cualquier parte del mundo sin autorización previa (incluso el transporte a través del sistema de respuesta a emergencias 911 donde esté disponible) si cree razonablemente que tiene una condición médica de emergencia y cree razonablemente que su condición necesita la asistencia clínica de servicios de transporte en ambulancia. • †El transporte en ambulancia que no es de emergencia si se documenta que la condición del miembro es tal que cualquier otro medio de transporte pondría en peligro la salud de la persona y si dicho transporte en ambulancia es necesario desde el punto de vista médico. 	<p>\$225 por traslado sencillo.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Exámenes físicos de rutina anuales</p> <p>Los exámenes físicos de rutina están cubiertos si el examen es de atención preventiva apropiada desde el punto de vista médico de acuerdo con las normas de atención profesional generalmente aceptadas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para esta atención preventiva.</p>
<p> Visita de bienestar anual</p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, usted tiene derecho a una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita para el bienestar anual puede realizarse en los 12 meses siguientes a su visita preventiva de "Bienvenida a Medicare". Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de "Bienvenido a Medicare" para estar cubierto por las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la visita de bienestar anual.</p>
<p> Medición de la masa ósea†</p> <p>Para las personas calificadas (por lo general, esto incluye a personas con riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con más frecuencia si fuera necesario desde el punto de vista médico: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación médica de los resultados; procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad del hueso, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a la densitometría ósea cubierta por Medicare.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de seno (mamografía)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia para las mujeres de entre 35 y 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Exámenes físicos del seno una vez cada 24 meses. 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca†</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con determinadas condiciones y cuentan con la orden de un médico. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que habitualmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$40 por visita.</p>
<p> Visita para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita al año con su médico de cabecera para ayudarlo a reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede hablarle (si corresponde) sobre el uso de aspirina, revisar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo saludablemente.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para las enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Pruebas de enfermedades cardiovasculares†</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías relacionadas con un riesgo elevado de padecer enfermedades cardiovasculares) una vez cada cinco años (60 meses).</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren cada cinco años</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Pruebas de detección de cáncer cervicouterino y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes ginecológicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene un alto riesgo de cáncer cervicouterino o vaginal, o está en edad de tener hijos y ha tenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años: Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los exámenes pélvicos y las pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos†</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos solamente la manipulación de la columna vertebral para corregir la subluxación. <ul style="list-style-type: none"> ◆ Estos servicios cubiertos por Medicare son proporcionados por un quiropráctico de la red. Para obtener la lista de quiroprácticos de la red, consulte el Directorio de Proveedores. 	<p>\$10 por visita.</p>
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal†</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para personas de 50 años o más, se cubrirá lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Sigmoidoscopia flexible (o prueba de detección como otra opción) cada 48 meses. ◆ Una de las siguientes opciones cada 12 meses: <ul style="list-style-type: none"> ○ Prueba de sangre oculta en materia fecal basada en guayaco (Guaiac-based Fecal Occult Blood Test, gFOBT). ○ Prueba inmunoquímica fecal (FIT). • Prueba de detección colorrectal basada en el ADN cada 3 años. • Para personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos una colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como otra opción) cada 24 meses. 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Para las personas que no tienen un riesgo alto de padecer cáncer colorrectal, cubrimos una colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no durante los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos realizados durante una colonoscopia de detección (por ejemplo, la extirpación de pólipos). • Las colonoscopias después de una prueba gFOBt o FIT positiva o una pruebas de detección de sigmoidoscopia flexible. • Nota: Otras colonoscopias están sujetas a los costos compartidos correspondientes mencionados en esta tabla. 	\$0
<p>Servicios dentales*</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (tales como limpiezas, exámenes dentales de rutina y rayos X dentales) y los servicios dentales integrales no están cubiertos por Original Medicare.</p> <p>Atención dental preventiva</p> <p>Los servicios dentales preventivos están cubiertos cuando los brindan proveedores participantes de Dominion National y están sujetos a las exclusiones y limitaciones, incluidos los límites de visitas, que se describen en la Sección 3.2 de este capítulo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación bucal periódica (D0120): limitada a dos por año calendario. • Evaluación bucal limitada (D0140): enfocada en el problema • Evaluación bucal integral, paciente nuevo o existente (D0150): limitada a una vez cada tres años calendario. • Profilaxis (D1110): limitada a dos por año calendario. Una adicional para pacientes con antecedentes documentados de enfermedad de las encías. • Fluoruro tópico (D1206 o D1208): limitado a uno por año calendario. 	\$0

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Serie completa intrabucal de imágenes radiográficas (D0210): limitada a una cada tres años calendario. • Radiografías de mordida (D0270, D0272, D0273, D0274, D0277): limitadas a un conjunto por año calendario. • Imágenes radiográficas intrabucales-periapicales (D0220, D0230). • Imagen radiográfica panorámica (D0330). • Asesoramiento nutricional (D1310): limitado a uno por año calendario. • Aplicación de medicamento para detener la caries (D1354): por diente. • La teleodontología sincrónica (D9995) o asincrónica (D9996) debe ir acompañada de un procedimiento cubierto. 	
<p>Atención dental integral† La atención dental integral está cubierta hasta un límite anual de beneficios de \$1,000, cuando lo realizan los proveedores participantes de Dominion National y está sujeta a las exclusiones y limitaciones, incluidos los límites de visitas, descritas en la Sección 3.2 de este capítulo. Visite DominionNational.com/kaiserdentists para obtener una lista de los dentistas participantes o llame a un asociado del equipo de servicio de Dominion National al 1-855-733-7524 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6 p. m. No están cubiertos los servicios realizados por dentistas no participantes. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de restauración menores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amalgama (D2140, D2150, D2160, D2161) y empastes compuestos (D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394): limitados a uno por diente por superficie cada 24 meses. <p>Servicios de restauración especializados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inlays (D2510, D2520, D2530, D2610, D2620, D2630) y onlays (D2542, D2543, D2544, D2642, D2643, D2644): limitados a uno por diente cada cinco años. 	<p>50 % de coseguro para atención dental integral hasta que el plan haya pagado \$1,000 (límite anual de beneficios). Cuando alcance el límite anual de beneficios de \$1,000 para la atención dental integral, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Nota: Si está inscrito en Advantage Plus, nuestro paquete opcional de beneficios adicionales, cuenta con cobertura dental integral adicional. Consulte la sección 2.3 de este capítulo para obtener los detalles.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Coronas (D2740, D2750, D2751, D2752, D2790, D2791, D2792, D2794): limitadas a una por diente cada cinco años. • Recementar o readherir corona (D2920). • Restauración protectora (D2940). • Base restauradora para una restauración indirecta (D2949): limitada a una por diente cada cinco años. • Reconstrucción de muñones, incluidos los pines cuando sea necesario (D2950): limitada a una por diente cada cinco años. • Poste y muñón además de la corona, fabricados indirectamente (D2952) y cada poste adicional fabricado indirectamente, mismo diente (D2953) o poste y muñón prefabricados además de la corona (D2954) y cada poste prefabricado adicional, mismo diente (D2957): limitado a uno por diente cada cinco años. <p>Endodoncia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recubrimiento pulpar (directo o indirecto) (D3110, D3120). • Medicamento colocado debajo de limaduras para promover la cicatrización de la pulpa (D3123). • Terapia de endodoncia, diente anterior, premolar o molar (D3310, D3320, D3330): limitado a uno por diente de por vida. • Retratamiento de una endodoncia anterior en diente anterior, premolar o molar (D3346, D3347, D3348): limitado a uno por diente de por vida. <p>Periodoncia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular (D4341, D4342): limitado a uno por cuadrante cada dos años. • Desbridamiento de la boca completa para permitir una evaluación y un diagnóstico bucal integral en una visita posterior (D4355): limitado a uno cada tres años. • Aplicación localizada de agentes antimicrobianos por medio de un vehículo de liberación controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente (D4381). 	

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento periodontal (D4910): limitado a dos por año calendario, dentro de los 24 meses de la terapia periodontal definitiva. <p>Prostodoncia, extraíble:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentadura postiza completa, maxilar/mandibular (D5110, D5120): limitada a una cada cinco años. • Dentadura postiza inmediata, maxilar/mandibular (D5130, D5140): limitada a una cada cinco años. • Dentadura postiza parcial maxilar/mandibular con estructura de metal fundido y bases de dentadura postiza de resina (D5213, D5214): limitada a una cada cinco años. • Dentadura postiza parcial maxilar/mandibular inmediata, a base de resina (D5221, D5222): limitada a una cada cinco años. • Dentadura postiza parcial maxilar/mandibular, con base flexible (D5225, D5226): limitada a una cada cinco años. • Ajuste de la dentadura postiza completa maxilar/mandibular (D5410, D5411): limitado a dos por dentadura postiza por año. • Ajuste de la dentadura postiza parcial maxilar/mandibular (D5421, D5422): limitado a dos por dentadura postiza por año. • Reparación de la base de la dentadura postiza completa rota, maxilar/mandibular (D5511, D5512): limitada a una por dentadura postiza por año. • Reemplazo de dientes perdidos o rotos, dentadura postiza completa (cada diente) (D5520): limitado a uno por dentadura postiza por año. • Reparación de la base de resina de la dentadura postiza parcial, mandibular/maxilar (D5611, D5612): limitada a una por dentadura postiza por año. • Reparación de la estructura parcial de yeso, mandibular/maxilar (D5621, D5622): limitada a una por dentadura postiza por año. • Recapado de dentadura postiza maxilar/mandibular completa (directa) (D5730, D5731): limitado a uno por dentadura postiza por año. 	

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Recapado de dentadura postiza maxilar/mandibular parcial (directa) (D5740, D5741): limitado a uno por dentadura postiza por año. • Recapado de dentadura postiza maxilar/mandibular completa (indirecta) (D5750, D5751): limitado a uno por dentadura postiza por año. • Rebase de dentadura postiza maxilar/mandibular parcial (indirecta) (D5760, D5761): limitado a uno por dentadura postiza por año. <p>Prostodoncia fija:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pónticos (D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6245): limitados a uno por diente cada cinco años. • Coronas de retención (D6740, D6750, D6751, D6752, D6790, D6791, D6792, D6794): limitadas a una por diente cada cinco años. • Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija (D6930). <p>Cirugía bucal y maxilofacial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extracción, remanentes coronales, diente primario (D7111): limitados a uno por diente de por vida. • Extracción de diente avulsionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o fórceps) (D7140): limitada a uno por diente de por vida. • Extracción, diente avulsionado que requiere la extracción del hueso y/o el seccionamiento de un diente e incluye la elevación del colgajo mucoperióstico si está indicado (D7210): limitada a uno por diente de por vida. • Extracción de restos radiculares (procedimiento de corte) (D7250): limitada a una por diente de por vida. • Incisión y drenaje de abscesos, tejido intrabucal blando (D7510, D7511). <p>Servicios generales complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento paliativo (de emergencia) de dolor dental, procedimiento menor (D9110). • Sedación profunda/anestesia general (D9222, D9223). • Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis (D9230). 	

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>También cubrimos los servicios dentales necesarios para garantizar que la cavidad bucal esté libre de infecciones antes de ser incluido en la lista de espera de trasplantes de células madre alogénicas/médula ósea, corazón, riñón, hígado, pulmón, páncreas y trasplantes de órganos múltiples. En el caso de un trasplante urgente, estos servicios pueden realizarse después del trasplante. El servicio incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen y evaluación de la cavidad bucal. • Servicios de tratamiento, incluidas las extracciones necesarias para el trasplante. • Radiografías dentales relevantes. • Limpieza. • Tratamientos con fluoruro. 	<p>Visitas al consultorio visita \$40 por visita de atención especializada.</p> <p>Rayos X \$15 por visita de rayos X.</p> <p>Cirugía para pacientes ambulatorios \$225 por visita de cirugía ambulatoria.</p>
<p> Detección de la depresión</p> <p>Cubrimos una evaluación de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referencias.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por una visita anual de evaluación de depresión.</p>
<p> Pruebas de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (que incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de azúcar en sangre anormal (glucosa). Las pruebas también se pueden cubrir si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y contar con antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Sobre la base de los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Suministros y servicios para el diabético, y capacitación para el autocontrol de la diabetes</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (que usen insulina o no), los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • † Suministros para monitorear su glucosa en la sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas para medir el nivel de glucosa en la sangre, dispositivos de lancetas, lancetas y soluciones de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras reactivas y monitores. • 🍏 La capacitación para el autocontrol de la diabetes tiene cobertura solo si se cumplen ciertas condiciones. 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • † Para personas con diabetes que tienen la enfermedad grave del pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos moldeados a su medida por año calendario (incluidas las plantillas correspondientes) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (además de las plantillas extraíbles no personalizadas que vienen con los zapatos). La cobertura incluye el ajuste. 	Coseguro del 20 %
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados†</p> <p>(Para conocer la definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 así como el Capítulo 3, Sección 7 de este documento).</p> <p>Los artículos con cobertura incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para personas con diabetes, camas de hospital que ordena un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosas, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME necesario desde el punto de vista médico cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor que está ubicado en su área no tiene productos de una marca o de un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial</p>	<p>Usted paga el 20 % de coseguro, excepto que paga \$0 para equipos de fototerapia para uso en el hogar.</p> <p>Equipos de oxígeno Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es del 20 %, cada vez que recibe el equipo.</p> <p>Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.</p>

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en kp.org/directory.</p> <p>También cubrimos el siguiente equipo de fototerapia para uso en el hogar que no está cubierto por Medicare cuando sea necesario desde el punto de vista médico para las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Linfoma cutáneo de células T. • Pitiriasis liquenoide crónica. • Prurigo y prurito recalcitrantes. • Liquen plano. • Eccema extendido grave para quienes los tratamientos tópicos han fallado. • Vitiligo en algunas circunstancias. 	
<p>atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia corresponde a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • proporciona un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es una situación en la que usted u otra persona prudente sin experiencia profesional, pero con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si cursa un embarazo, la pérdida de un bebé no nacido), de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios provistos por proveedores que no pertenecen a la red es el mismo que el de los servicios proporcionados por proveedores de la red.</p> <p>Tiene cobertura para atención de emergencia en todo el mundo.</p>	<p>\$95 por visita en el Departamento de Emergencias.</p> <p>Este copago no se aplica si usted es ingresado directamente y de inmediato al hospital como paciente hospitalizado (pero sí se aplica si es ingresado en el hospital como paciente ambulatorio; por ejemplo, si es admitido para observación).</p> <p>†Si recibe atención de emergencia en un hospital que no pertenece a la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se estabiliza su condición de emergencia, para que la atención que reciba siga teniendo cobertura, debe trasladarse a un hospital de la red o, bien, obtener una autorización del plan para recibir su atención para pacientes hospitalizados en un hospital que no pertenezca a la red; el costo que deberá pagar equivale al costo compartido que se aplicaría si estuviera en un hospital de la red.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Beneficio de acondicionamiento físico (Silver&Fit® Healthy Aging and Exercise Program)</p> <p>El programa Silver&Fit incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede unirse a un centro de acondicionamiento físico Silver&Fit participante y aprovechar los servicios que están incluidos en la membresía estándar del centro de acondicionamiento físico (por ejemplo, el uso del equipo del centro de acondicionamiento físico o las clases dirigidas por un instructor que no requieren una cuota adicional). Si se inscribe para obtener una membresía del centro de acondicionamiento físico Silver&Fit, se aplica lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◆ El centro de acondicionamiento físico ofrece orientación sobre las instalaciones y el equipo. ◆ Los servicios que ofrecen los centros de acondicionamiento físico varían según el lugar. Cualquier servicio no convencional en un centro de acondicionamiento físico que habitualmente requiere una cuota adicional no está incluido en su membresía estándar del centro de acondicionamiento físico a través del programa Silver&Fit (por ejemplo, las tarifas de las canchas o de los servicios de un entrenador personal). ◆ Para unirse a un centro de acondicionamiento físico de Silver&Fit, regístrese en kp.org/SilverandFit y seleccione sus ubicaciones. Luego, puede imprimir o descargar su “Carta de Bienvenida”, que incluye su tarjeta Silver&Fit con el número de identificación de acondicionamiento físico para que la presente en el centro de acondicionamiento físico seleccionado. ◆ Una vez que se inscriba, puede cambiarse a otro centro de acondicionamiento físico Silver&Fit participante una vez al mes y su cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente (es posible que deba llenar un nuevo acuerdo de membresía en el centro de acondicionamiento físico). 	<p>\$0</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Si desea hacer ejercicio en casa, puede escoger un kit de ejercicios para el hogar por año calendario. Hay muchos kits de acondicionamiento físico para el hogar para elegir, incluidas las opciones de rastreador de ejercicios portátil, pilates, fuerza, natación y yoga. Los kits están sujetos a cambios y, una vez seleccionados, no se pueden intercambiar. <ul style="list-style-type: none"> ◆ Para recoger su kit, visite kp.org/SilverandFit o llame al Servicio al Cliente de Silver&Fit. • Obtenga acceso a los servicios en línea de Silver&Fit en kp.org/SilverandFit que le proporcionan videos de ejercicios físicos en cualquier momento, planes de ejercicios físico, Well-Being Club, un boletín y otras funciones útiles. La función mejorada de Well-Being Club del sitio web de Silver&Fit le brinda a los miembros la oportunidad de acceder a recursos personalizados así como de participar de clases y eventos de transmisión en vivo. <p>Para obtener más información sobre el programa Silver&Fit y la lista de los centros de acondicionamiento físico participantes y los kits de acondicionamiento físico en el hogar, visite kp.org/SilverandFit o llame al servicio al cliente de Silver&Fit al 1-877-750-2746 (TTY 711), de lunes a viernes, de 5 a. m. a 6 p. m. (Hora Estándar del Pacífico o PST).</p> <p>El programa Silver&Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit es una marca comercial de ASH registrada a nivel federal que se usa aquí con autorización. Los centros y las cadenas de acondicionamiento físico participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios.</p>	
<p>Beneficio de acondicionamiento físico (memoria)</p> <p>Una suscripción al sistema de entrenamiento cerebral en línea (llamado Brain HQ) para mejorar la atención, la velocidad cerebral, la memoria, las habilidades sociales, la navegación y la inteligencia.</p>	\$0

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Programas de educación de salud y el bienestar</p> <p>Estos programas se centran en estilos de vida saludables, por ejemplo, control de peso, control de la vejiga y prevención de caídas, y también en condiciones como diabetes, colesterol y el manejo del dolor. Los programas están diseñados para mejorar el bienestar de los miembros mediante clases que están disponibles en los centros médicos de Kaiser Permanente y clases en línea. En línea, hay otras herramientas y programas autoguiados disponibles que incluyen recetas, información sobre distintos temas de la salud, una enciclopedia de la salud, una enciclopedia de medicamentos, videos, asesoramiento digital, calculadoras de salud que ayudan a los miembros a revisar su progreso para mejorar sus programas de salud, caminatas y control de peso. El acceso a esta información y la inscripción en línea a las clases disponibles en su área se puede encontrar en kp.org/healthyliving después de que seleccione su región.</p>	\$0
<p>Servicios para la audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • †Las evaluaciones diagnósticas de la audición y equilibrio que realice su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención de pacientes ambulatorios cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. • †Audífonos: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ofrecemos una asignación de hasta \$1,000 por audífono, por oído, que puede usar para comprar un audífono cada 36 meses. Si se necesitan dos audífonos para proporcionar una mejoría importante que no se puede conseguir con un solo audífono, cubriremos un audífono para cada oído. La asignación de \$1,000 por oído solo se puede usar una vez en un período de 36 meses. 	<p style="text-align: center;">\$40 por visita.</p> <p>Si el audífono que compra cuesta más de \$1,000, usted paga la diferencia.</p> <p>Nota: Su asignación aumenta si se inscribe en Advantage Plus (para obtener más detalles, consulte la Sección 2.3 de este capítulo).</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • †Evaluación y ajuste de los audífonos. • †Visitas para comprobar que los audífonos cumplen con las especificaciones de la receta médica. • †Visitas para el asesoramiento, el ajuste, la limpieza y la inspección después de que venza la garantía. 	\$0
<p> Detección del VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> • En personas que solicitan una prueba de detección del VIH o en riesgo alto de tener infección por VIH, cubriremos una prueba de detección cada 12 meses. • En el caso de las mujeres embarazadas, cubriremos hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. 	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para las pruebas de detección preventiva del VIH cubiertas por Medicare.
<p>Cuidados de una agencia de atención médica a domicilio†</p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que necesita recibir estos servicios y solicitarlos a una agencia de atención médica a domicilio. Debe ser una persona confinada en casa, lo cual significa que salir de casa implica un esfuerzo importante.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de medio tiempo o intermitentes de enfermería especializada y de un auxiliar de salud a domicilio. Para que estén cubiertos por el beneficio de la atención médica a domicilio, los servicios auxiliares de salud a domicilio y de enfermería especializada deben ser superiores a 8 horas al día y a 35 horas a la semana. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios medicosociales. • Suministros y equipo médicos. 	<p>\$0</p> <p>Nota: No existe costo compartido por servicios de atención médica a domicilio y artículos proporcionados de acuerdo con las pautas de Medicare. Sin embargo, se aplicarán el costo compartido correspondiente mencionado en este Cuadro de beneficios médicos si el artículo tiene cobertura bajo otro beneficio; por ejemplo, equipo médico duradero no proporcionado por una agencia de atención médica a domicilio.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Terapia de infusiones en el hogar†</p> <p>La terapia de infusiones en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación para el paciente que no están cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusiones en el hogar y medicamentos de infusiones en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusiones en el hogar. 	<p>\$0 para servicios profesionales, capacitación y seguimiento. Los componentes (como medicamentos de Medicare Parte B, DME y suministros médicos) necesarios para realizar una infusión en el hogar pueden estar sujetos a los costos compartidos correspondientes que se enumeran en otra parte de esta Cuadro de Beneficios Médicos, según el artículo.</p>
<p>Cubrimos los suministros y medicamentos de infusiones en el hogar si se cumplen las condiciones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El medicamento recetado está en la lista de medicamentos recetados disponibles de Medicare Parte D. • Aprobamos el medicamento recetado para la terapia de infusiones en el hogar. • Tiene una receta de un proveedor de la red y la surte en una farmacia de la red de medicamentos para infusiones en el hogar. 	<p>\$0</p> <p>Nota: Si un suministro o medicamento para infusión en el hogar no lo surte una farmacia de la red de infusión para el hogar, el suministro o el medicamento puede estar sujeto a los costos compartidos correspondientes mencionados en este documento según el servicio.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Reúne los requisitos para obtener el beneficio de cuidados paliativos cuando el médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal certificando que tiene una enfermedad terminal y le quedan seis meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Podrá recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización MA posea, controle o en los que tenga un interés financiero. El médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de ella.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención a domicilio. <p>Cuando le aceptan en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; si decide permanecer en él, deberá continuar pagando las primas del plan.</p> <p>*Servicios de cuidados paliativos y servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y se relacionan con su pronóstico terminal: Original Medicare (no nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos los servicios de cuidados paliativos y todo servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en un programa de cuidados paliativos, el proveedor de estos cuidados facturará a Original Medicare los servicios que cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Original Medicare, no nuestro plan.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y no se relacionan con su pronóstico terminal: Si requiere servicios que no son de emergencia y no se necesitan con urgencia y que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y no se relacionan con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios dependerá de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y cumple con las reglas del plan (tal como si existe un requisito de obtener una autorización previa):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y cumple con las reglas del plan para la obtención del servicio, solo debe pagar el monto del costo compartido del plan para los servicios de la red. • * Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red, debe pagar el costo compartido según Medicare de pago por servicio (Original Medicare). <p>Servicios que están cubiertos por nuestro plan pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B: Seguiremos cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos bajo la Parte A o la Parte B sin importar si se relacionan o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p>En el caso de medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal, pagará el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4, “¿Qué ocurre si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?”</p> <p>Nota: Si necesita cuidados que no sean paliativos (atención que no se relaciona con su pronóstico</p>	

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
terminal), debe contactarse con nosotros para que coordinemos los servicios.	
Cubrimos servicios de asesoría sobre cuidados paliativos (solo en una ocasión) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.	\$10 por visita de atención primaria y \$40 por visita de atención especializada.
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son necesarias desde el punto de vista médico. • Vacuna contra la hepatitis B, si tiene un riesgo de intermedio a alto de contraer esta enfermedad. • vacuna contra el COVID-19 • Otras vacunas si está en situación de riesgo y cumplen las reglas de cobertura de Medicare Parte B. <p>También cubrimos algunas vacunas de acuerdo con nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y el COVID-19.
<p>Atención para pacientes hospitalizados†</p> <p>Incluye atención de problemas médicos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en el que se lo admite formalmente en el hospital por pedido de un médico. El día antes de que se le dé de alta es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>No hay un límite en la cantidad de días o servicios hospitalarios necesarios desde el punto de vista médico proporcionados normalmente por hospitales generales de atención aguda. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p>	<p>El costo compartido se aplica a cada hospitalización.</p> <p>\$250 por día para los primeros 5 días de hospitalización.</p> <p>Por lo tanto, el resto de su hospitalización con cobertura es de \$0. Además, no paga el copago del día del alta hospitalaria mencionado anteriormente, a menos que sea admitido y dado de alta el mismo día.</p> <p>†Si recibe atención para paciente hospitalizado en un hospital que no pertenece a la red después de estabilizarse su condición de</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada, si es necesario desde el punto de vista médico). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios normales de enfermería. • El costo de unidades especiales de atención (tales como las unidades de cuidados intensivos o de terapia coronaria). • Fármacos y medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como una silla de ruedas. • Costos de uso del quirófano y de la sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios para pacientes hospitalizados derivados del manejo médico de los síntomas de abstinencia relacionados con el abuso de sustancias (desintoxicación). • En determinadas circunstancias, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, renopancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón o pulmón, médula ósea, células madre e intestinal o multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los trámites para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare evalúe su caso y decida si es un candidato adecuado. Los proveedores del trasplante pueden ser locales o de fuera del área de servicio. Si los servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir acudir a un centro en su área, siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si proporcionamos servicios de trasplante en una ubicación distante, fuera del área de atención de trasplantes en su comunidad y elige obtener trasplantes en esta ubicación distante, organizaremos o pagaremos sus costos de alojamiento y de transporte adecuados y un acompañante, de acuerdo 	<p>emergencia, el costo que deberá pagar equivale al costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>con nuestras pautas de viajes y alojamiento, que están disponibles en Servicio a los Miembros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Servicios de un médico. 	
<p>Nota: Para ser un "paciente interno", su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como un paciente interno del hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún pueda considerarse un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare titulada "¿Es Usted un Paciente Hospitalizado o Ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en el sitio web www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin costo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico†</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecemos cobertura hasta 190 días de por vida para hospitalizaciones en un hospital psiquiátrico certificado por Medicare. El número de días de hospitalización cubiertos de por vida se reduce en el número de días como paciente hospitalizado para recibir tratamiento de salud mental cubierto previamente por Medicare en un hospital psiquiátrico. • El límite de 190 días no se aplica a las estadías por problemas de salud mental en la unidad psiquiátrica de un hospital general. 	<p>El costo compartido se aplica a cada hospitalización.</p> <p>\$250 por día para los primeros 5 días de hospitalización.</p> <p>Por lo tanto, el resto de su hospitalización con cobertura es de \$0. Además, no paga el copago del día del alta hospitalaria mencionado anteriormente, a menos que sea admitido y dado de alta el mismo día.</p>
<p>Hospitalización de pacientes: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o un centro de enfermería especializada durante una hospitalización no cubierta†</p> <p>Si ya ha agotado sus beneficios de salud mental como paciente hospitalizado o en centros de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF), o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no le</p>	<p>Si su estadía como paciente hospitalizado o en un SNF ya no está cubierta, continuaremos cubriendo los servicios de Medicare Parte B con el costo compartido aplicable que se indica en otra parte de este Cuadro de Beneficios</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>ofreceremos cobertura para su hospitalización o estadía en un centro de enfermería especializada. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que usted reciba mientras esté en un hospital o SNF. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de un médico. • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio). • Radiación y terapia de isótopos, incluidos los materiales y servicios técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros aparatos usados para curar fracturas y luxaciones. • Aparatos protésicos u ortésicos (que no sean dentales) que reemplacen parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que sea inoperante o disfuncional permanentemente, incluidos el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos. • Aparatos ortopédicos para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello; arneses; piernas y brazos ortopédicos y prótesis oculares (incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos debido a rotura, desgaste, extravío o cambio del estado físico del paciente). • Fisioterapia, y terapia ocupacional y del habla. 	<p>Médicos cuando los proporcionen los proveedores de la red.</p>
<p> Terapia nutricional médica†</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (de los riñones) (pero que no reciban diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando lo ordene el médico.</p> <p>Ofrecemos cobertura de tres horas de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba los servicios de terapia nutricional médica de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare) y posteriormente, dos horas por año. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, podrá recibir más</p>	<p>No se cobra ningún coseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles para los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>horas de tratamiento mediante un pedido del médico. Un médico debe prescribir estos servicios y renovar el pedido cada año en caso de que necesite este tratamiento en el siguiente año calendario.</p>	
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP tienen cobertura para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada para cambios de comportamiento de salud que proporciona capacitación práctica sobre cambios alimentarios a largo plazo, aumento en la actividad física y estrategias de solución de problemas para superar los desafíos relacionados con el mantenimiento de la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.</p>
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B†</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros del plan reciben cobertura para estos medicamentos por medio de nuestro plan. Los medicamentos con cobertura incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos que tome mientras usa el equipo médico duradero (como los nebulizadores) que hayan sido autorizados por nuestro plan. • Factores de coagulación que se administre usted mismo por medio de inyección, si padece hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A en el momento del trasplante del órgano. • Ciertos medicamentos orales anticancerígenos y contra las náuseas. • Inmunoglobulina Intravenosa para el tratamiento en casa de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria. 	<p>Para los medicamentos recetados de Medicare Parte B en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, usted paga lo siguiente por un suministro de hasta 30 días, según el plan en el que esté inscrito y el tipo de farmacia y de medicamento:</p> <p>Farmacias de la red ubicadas en un centro de atención de Kaiser Permanente o en nuestra farmacia de pedidos por correo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$12 por medicamentos genéricos. • \$45 por medicamentos de marca. <p>Una farmacia afiliada a la red que ofrece costo compartido estándar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 por medicamentos genéricos. • \$47 por medicamentos de marca.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos que, en general, no se autoadministra el paciente y que se inyectan o administran mediante infusión cuando recibe servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro de cirugía ambulatoria. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. • Antígenos. • Ciertos medicamentos para el tratamiento de diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando es necesario desde el punto de vista médico, anestésicos de aplicación tópica y agentes de estimulación de la eritropoyesis (tales como Epogen®, Procrit®, Epoetina alfa, Aranesp® o Darbepoetina alfa). 	<p>Usted paga \$0 o 20 % de coseguro según el medicamento (por favor llame a Servicio a los Miembros para saber qué medicamentos se ofrecen con un coseguro).</p>
<p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> • También cubrimos algunas vacunas de acuerdo con nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y Parte D. • En el Capítulo 5 se explica el beneficio de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que se cubran las recetas médicas. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D por medio de nuestro plan se explica en el Capítulo 6. 	
<p> Detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso constante</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, le ofrecemos cobertura para el asesoramiento intensivo con el fin de ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento tiene cobertura si lo recibe en un centro de atención médica primaria en el que pueda coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o médico de cabecera para obtener más información.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección preventivas y el tratamiento de la obesidad.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides†</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioide (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos agonistas y tratamiento asistido con medicamentos antagonistas (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. • suministro y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) 	<p>Usted paga \$0 o un 20 % de coseguro por medicamentos de Medicare Parte B administrados clínicamente, según el medicamento, cuando los proporciona un Programa de Tratamiento con Opioides.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento por abuso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología. • Actividades de consumo. • Evaluaciones periódicas. 	<p>\$40 por visita.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios†</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X. 	<p>\$15 por visita.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • pruebas de laboratorio • Electrocardiogramas (ECG), monitoreo con Holter y electroencefalogramas (EEG). • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. 	<p>\$0</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Radiación y terapia de isótopos, incluidos los materiales y suministros del técnico. 	<p>\$40 por visita.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Férulas, yesos y otros aparatos usados para curar fracturas y luxaciones. 	<p>Coseguro del 20 %</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios: 	<p>\$100 por procedimiento.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
◆ Imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografías computarizadas (TC) y tomografías por emisión de positrones (TEP).	

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier prueba de diagnóstico o procedimiento especial que se haga en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria, en un quirófano de hospital o en cualquier otro lugar, durante los cuales un miembro autorizado del personal monitorea sus signos vitales mientras usted recupera la sensibilidad después de la administración de medicamentos para reducir sus sensaciones o minimizar el malestar. 	<p>\$225 por visita.</p>
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios†</p> <p>Los servicios de observación son servicios que se dan al paciente ambulatorio para determinar si debe ser ingresado al hospital como paciente interno o si puede recibir el alta hospitalaria.</p> <p>Para que se cubran los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, deben cumplirse los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren solo cuando los ordena un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar exámenes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden de hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga el costo compartido de los servicios del hospital para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún pueda considerarse un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si lo consideran paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es Usted un Paciente Hospitalizado o Ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar</p>	<p>\$225 por hospitalización cuando lo hospitalizan directamente para observación como paciente ambulatorio.</p> <p>Nota: No hay cargos adicionales para las estadías de observación para pacientes ambulatorios cuando lo transfieren a observación desde un Departamento de Emergencias o tras una cirugía ambulatoria.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
a estos números sin costo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
<p>Servicios de hospitalización para pacientes externos†</p> <p>Ofrecemos cobertura para los servicios necesarios desde el punto de vista médico que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o una lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria. 	<p>Departamento de Emergencias Usted paga \$95 por visita</p> <p>Cirugía para pacientes ambulatorios \$225 por visita.</p> <p>Consulte la sección "Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios" de esta Cuadro de Beneficios Médicos para conocer los costos compartidos correspondientes a los servicios de observación.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Rayos-X y otros servicios de radiología facturados por el hospital. 	\$15 por visita.
<ul style="list-style-type: none"> • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin dicha atención sería necesario un tratamiento como paciente hospitalizado. 	\$10 por día para la hospitalización parcial.
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos, como férulas y yesos. 	20 % de coseguro por vendajes y suministros para el hogar.
<ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse. 	Usted paga \$0 o 20 % de coseguro según el medicamento (por favor llame a Servicio a los Miembros para saber qué medicamentos se ofrecen con un coseguro).
<p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden de hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga el costo compartido de los servicios del hospital para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún pueda considerarse</p>	

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si lo consideran paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare titulada "¿Es Usted un Paciente Hospitalizado o Ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en el sitio web www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin costo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios†</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con certificación estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero especialista clínico, enfermero con práctica médica, asistente médico u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo estipulado por las leyes estatales correspondientes. 	<p>Usted paga los siguientes costos, según el tipo de visita:</p> <p>\$20 por visita de terapia individual. \$10 por visita de terapia grupal.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios†</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en diversos centros de atención ambulatoria, como los departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).</p>	<p>\$40 por visita.</p>
<p>Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios†</p> <p>El tratamiento para el abuso de sustancias está cubierto si es necesario desde el punto de vista médico y si es razonable para la condición del paciente.</p>	<p>Usted paga los siguientes costos, según el tipo de visita:</p> <p>\$20 por visita de terapia individual. \$10 por visita de terapia grupal.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y en centros quirúrgicos ambulatorios†</p> <p>Nota: Si lo van a operar en un hospital, debe preguntar a su proveedor si será como paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor haya hecho una orden de hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga el costo compartido de la cirugía para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún pueda considerarse un “paciente ambulatorio”.</p>	<p>\$225 por visita.</p>
<p>Artículos de venta sin receta (OTC)</p> <p>Cubrimos los artículos que figuran en el catálogo de artículos de venta libre para entrega a domicilio sin costo. Puede ordenar artículos OTC cada trimestre del año (enero, abril, julio, octubre) hasta el límite de beneficio trimestral que se muestra en la columna de la derecha. En el catálogo se indica el precio de cada artículo. El valor mínimo de cada pedido debe ser \$20. La parte que no se utilice del límite trimestral del beneficio no pasa al siguiente trimestre. Para ver nuestro catálogo y hacer un pedido en línea, visite kp.org/otc/mas. Puede hacer su pedido por teléfono o puede solicitar que se le envíe un catálogo impreso llamando al 1-833-881-1422 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.</p>	<p>Usted paga entre \$0 y el límite trimestral del beneficio de \$50.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial†</p> <p>"Hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona en un centro hospitalario ambulatorio o en un centro de salud mental comunitario. Este programa es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>Nota: Debido a que no hay centros de salud comunitarios en nuestra red, cubrimos la</p>	<p>\$10 por día.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
hospitalización parcial solo como un servicio de hospitalización para pacientes externos.	
<p>Servicios de un médico o profesional de atención de salud, incluidas las visitas al consultorio del médico.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • †Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios desde el punto de vista médico que se proporcionan en un consultorio médico, centro de cirugía ambulatoria, área para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro lugar. • †Consultas, diagnóstico y tratamiento por un especialista. • †Exámenes básicos de audición y equilibrio que realiza un proveedor de la red, si su médico lo indica para saber si necesita tratamiento médico. • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • †Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de la mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes a fin de preparar la mandíbula para tratamientos de radioterapia del cáncer o servicios que estarían cubiertos si los brinda un médico). 	<p>Visitas al consultorio</p> <p>\$10 por visita con un proveedor de atención primaria (tales como medicina familiar, medicina interna, visitas de inyecciones para las alergias o visitas con farmacéuticos clínicos).</p> <p>\$40 por visita con un especialista (tales como ginecología, cardiología, ortopedia, gastroenterología, neurología, pruebas y evaluación de alergias, e inyecciones para el control del dolor).</p> <p>Cirugía para pacientes ambulatorios</p> <p>\$225 por visita.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Determinados servicios de telesalud, que incluyen: atención médica primaria y especializada, que incluye rehabilitación cardíaca, servicios necesarios con urgencia, fisioterapia, terapia del habla y ocupacional, atención de salud mental, podología, pruebas y procedimientos de diagnóstico, tratamiento para abuso de sustancias, servicios de diálisis, educación sobre las insuficiencias renales y capacitación en el autocontrol de la diabetes, preparación para una cirugía o una hospitalización, y consultas de seguimiento después de una hospitalización, una cirugía o una visita al Departamento de Emergencias. Los servicios solo se proporcionarán a través de telesalud cuando el 	<p>\$0</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>proveedor de la red que preste el servicio lo considere clínicamente apropiado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Tiene la opción de recibir estos servicios por medio de una visita en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red que actualmente ofrece el servicio a través de telesalud. Ofrecemos los siguientes medios de telesalud: <ul style="list-style-type: none"> ○ Visitas interactivas por video para servicios profesionales cuando se puede proporcionar atención en este formato según lo determine un proveedor de la red. ○ Consultas mediante citas telefónicas programadas para servicios profesionales cuando se pueda proporcionar atención en este formato según lo determine un proveedor de la red. ● Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la insuficiencia renal crónica en fase terminal para miembros de diálisis domiciliaria en el centro de diálisis renal de un hospital o de un hospital de cuidado crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. ● Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebral, independientemente de su ubicación. ● Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por abuso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. ● Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los trastornos de salud mental en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Tiene una visita en persona en el plazo de los 6 meses anteriores a su primera visita a de telesalud. ◆ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ◆ Se pueden hacer excepciones a los casos anteriores en ciertas circunstancias. 	

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud con Calificación Federal. • Evaluaciones virtuales (por ejemplo, por teléfono o visita por video) con su médico durante 5 a 10 minutos si se cumple lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Que usted no sea un paciente nuevo. ◆ Que la evaluación no esté relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días. ◆ Que la evaluación no implique una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más próxima disponible. • Evaluación de video o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si se cumple lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Que usted no sea un paciente nuevo. ◆ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días. ◆ Que la evaluación no dé lugar a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita más próxima disponible. • Las consultas que su médico tenga con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica. 	
<p>Servicios de podología†</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón de talón). • Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan a las extremidades inferiores. 	<p>Visitas al consultorio \$40 por visita.</p> <p>Cirugía para pacientes ambulatorios \$225 por visita.</p>
<p> Exámenes de detección del cáncer de próstata</p> <p>En hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital. 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la prueba anual de tacto rectal o la prueba del PSA.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Prueba del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados†</p> <p>Aparatos (que no sean dentales) que reemplacen completa o parcialmente partes o funciones del cuerpo. Esto incluye, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, abrazaderas, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluido el sostén quirúrgico después de una mastectomía). Se incluyen ciertos suministros relacionados con los aparatos protésicos y la reparación o el reemplazo de estos aparatos. También incluye cierta cobertura posterior a la extirpación o la cirugía de las cataratas (para obtener más información, consulte el apartado "Atención de la visión" más adelante en esta sección).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 20 % de coseguro por aparatos y suministros protésicos u ortésicos (incluidos los suministros para el cuidado de las heridas). • \$0 para los aparatos internos implantados quirúrgicamente.
<p>También cubrimos estos artículos no cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos vendajes y prendas de compresión hechos a la medida que no cubre Medicare y que no están disponibles de venta sin receta. • Calzado terapéutico no cubierto por Medicare para tratar afecciones vasculares periféricas y neuropatías que afectan las piernas y los pies. 	<p>Coseguro del 20 %</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar†</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y que cuentan con una orden de rehabilitación pulmonar por parte del médico tratante de la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Usted paga \$20 por visita.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Examen de detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección del consumo indebido de alcohol en adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas), que consumen alcohol de forma indebida sin tener dependencia del alcohol.</p> <p>Si la prueba de detección de uso indebido de alcohol le da un resultado positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento cara a cara al año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) a cargo de un médico de cabecera o profesional médico calificado en un centro de atención primaria.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección y asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer del pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)†</p> <p>Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los miembros elegibles son personas de 50 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes de haber fumado al menos un paquete diario de tabaco durante 20 años y que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para una LDCT durante una visita de asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y toma compartida de decisiones que cumple los requisitos de Medicare para dichas visitas y que está a cargo de un médico o un profesional médico calificado que no es un médico. • Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT después de la LDCT inicial, el miembro debe recibir una orden por escrito para un examen de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT, que puede realizar un médico o un profesional médico calificado que no sea un médico durante cualquier visita apropiada. Si un médico o un profesional de atención de la salud no médico calificado decide realizar una consulta de asesoramiento sobre detección de cáncer del pulmón y toma compartida de decisiones para los siguientes exámenes de detección de cáncer del pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los requisitos de Medicare para dichas visitas. 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a las sesiones de asesoramiento y visitas para la toma compartida de decisiones cubiertas por Medicare, ni a la LDCT.</p>
<p> Examen de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para embarazadas y algunas personas que tienen mayor riesgo de contraer una ITS cuando las ordena un médico</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección de ITS y asesoramiento sobre ITS para prevenirlas.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>de cabecera. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo.</p> <p>Además ofrecemos cobertura para hasta dos sesiones individuales en persona, de 20 a 30 minutos, de asesoramiento conductual de alta intensidad cara a cara por año para adultos sexualmente activos que tienen mayor riesgo de ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las proporciona un médico de cabecera y si se llevan a cabo en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	
<p>Servicios para tratar enfermedades renales†</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre las enfermedades renales para que los miembros conozcan el tema y tomen decisiones informadas acerca de su atención. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales de por vida para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando los refiera su médico. 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 o cuando el proveedor de este servicio no esté disponible temporalmente o sea inaccesible). • Capacitación para la autodiálisis (incluye la capacitación para usted y alguna persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). • Equipo y suministros para diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, en caso de ser necesarias, las visitas de trabajadores capacitados en diálisis para revisar su diálisis en el hogar, ayudar en casos de emergencia y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua). 	Coseguro del 20 %

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se lo admite como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial). 	<p>No se cobrarán cargos adicionales por los servicios recibidos durante las hospitalizaciones. Consulte la Sección "Atención para pacientes hospitalizados" de este Cuadro de Beneficios Médicos para conocer los costos compartidos correspondientes a las hospitalizaciones.</p>
<p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la Sección "Medicamentos recetados de Medicare Parte B".</p>	
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)†</p> <p>(Para leer la definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este documento. Este tipo de centros de enfermería especializada a veces se conocen como “SNF”).</p> <p>Por periodo de beneficios, cubrimos hasta 100 días de servicios especializados para pacientes hospitalizados en centros de enfermería especializada, de acuerdo con las pautas de Medicare (no se requiere una hospitalización anterior). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada, si es necesario desde el punto de vista médico). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Los medicamentos que se le administran como parte del plan de atención (incluidas la sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación). • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Suministros médicos y quirúrgicos que generalmente proporciona un SNF. 	<p>Por período de beneficios, paga \$0 diarios en los días 1-20 y \$196 diarios en los días 21-100.</p> <p>El periodo de beneficios comienza el primer día en que usted va a un hospital para pacientes hospitalizados o a un centro de enfermería especializada (SNF) con cobertura de Medicare. El periodo de beneficios finaliza cuando transcurren 60 días calendario seguidos sin que esté internado en un hospital o un SNF.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de laboratorio que generalmente proporciona un SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos que generalmente proporciona un SNF. • El uso de aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente proporciona un SNF. • Servicios de un médico o profesional médico. <p>En general, usted recibirá la atención en un SNF de la red. Sin embargo, si cumple las condiciones que se mencionan a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido correspondiente a un centro de atención de la red para usar un centro de atención que no pertenece a la red, siempre y cuando el centro de atención acepte los montos que paga nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar para ancianos o una comunidad de retiro de atención continua en la que usted haya vivido hasta justo antes de que fuera al hospital (siempre y cuando esta proporcione atención de un centro de enfermería especializada). • Un SNF en el que su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted salga del hospital. 	

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: Ofrecemos cobertura para dos intentos de dejar el hábito con asesoramiento en un periodo de 12 meses, como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas cara a cara.</p> <p>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que pueda ser afectado por el tabaco: Ofrecemos cobertura de los servicios de asesoramiento para dejar el hábito. Cubriremos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento en un periodo de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas cara a cara.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para dejar de fumar y de consumir tabaco.</p>
<p>Terapia Supervisada de Ejercicio (Supervised Exercise Therapy, SET)†</p> <p>La SET está cubierta para los miembros que padecen la enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y tienen una referencia por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones a lo largo de un periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones que duren de 30 a 60 minutos, que incluyan un programa de ejercicio o entrenamiento terapéutico para la PAD dirigido a los pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. 	<p>\$25 por visita.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecerle el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicio para la PAD. • Estar bajo supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. <p>Nota: La SET podría estar cubierta más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, con otras 36 sesiones durante un periodo prolongado, si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	
<p>Servicios de Transporte</p> <p>Cubrimos hasta 24 viajes sencillos por año calendario a las instalaciones de un proveedor de la red cuando los proporcione nuestro proveedor de transporte designado.</p> <p>Llame al 1-855-932-5412 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana para coordinar un viaje o averiguar cuántos viajes le quedan para el año (saldo de viajes). Los viajes se deben programar al menos dos horas antes de la hora en que deben recogerlo. Debe cancelar los viajes al menos 3 horas antes de la hora programada para que lo recojan. De lo contrario, se deducirá el viaje de su saldo de viajes anual.</p>	<p>\$0 para 24 viajes de ida por año calendario.</p>
<p>Servicios requeridos con urgencia</p> <p>Los servicios necesarios con urgencia se proporcionan para tratar una afección, lesión o condición médica imprevista que no es de emergencia, pero que requiere atención médica inmediata y que, dadas las circunstancias, no es posible o razonable recibir esos servicios de los proveedores de la red. Entre algunos ejemplos de servicios necesarios con urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red se encuentran los siguientes: i) necesita atención inmediata durante el fin de semana, o ii) se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de su plan. Los servicios se deben necesitar de inmediato y ser médicamente necesarios. Si, dadas las circunstancias, no es razonable recibir la atención médica de un proveedor de la red, su plan</p>	<p>Visitas al consultorio \$40 por visita.</p> <p>Visitas al Departamento de Emergencias \$95 por visita en el Departamento de Emergencias.</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>cubrirá los servicios necesarios con urgencia de un proveedor fuera de la red.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de nuestra área de servicio: Debe obtener atención de urgencia de los proveedores de la red, a menos que nuestra red de proveedores no esté disponible o accesible temporalmente debido a una circunstancia inusual y extraordinaria (por ejemplo, un desastre mayor). • Fuera de nuestra área de servicio: Tiene cobertura para atención urgente en todo el mundo cuando viaja si necesita atención médica inmediata para una enfermedad o lesión imprevista y usted razonablemente creía que su salud se deterioraría si retrasaba el tratamiento hasta regresar a su área de servicio. 	
<p>Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • †Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. • †Original Medicare no cubre los exámenes de los ojos de rutina (exámenes de optometrías) para anteojos o lentes de contacto. Sin embargo, nuestro plan incluye los siguientes exámenes: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Exámenes de rutina de los ojos (exámenes de refracciones oculares) para determinar si se tiene la necesidad de una corrección visual y para proporcionar recetas médicas para anteojos. 	<p>Usted paga los siguientes costos, según el tipo de visita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$10 por visita con el optometrista. • \$40 por visita con un oftalmólogo.
<ul style="list-style-type: none"> • 🍏 Para las personas con un riesgo alto de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con riesgo alto de glaucoma incluyen a las personas que tienen antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos mayores de 50 años y los hispanos mayores de 65 años. 	<p>\$0</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• †La prueba de detección de retinopatía diabética y el monitoreo están cubiertos una vez por año para las personas que tienen diabetes.	

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • †Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera operación y comprar dos pares de anteojos después de la segunda operación). • †Lentes o armazones correctoras (y su reemplazo) necesarios después de una operación de cataratas sin implante de cristalino. 	<p>Coseguro del 20 %</p> <p>* Nota: Si el artículo para la visión que compra cuesta más de lo que cubre Medicare, usted paga la diferencia.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • †Otros artículos para la visión: Una vez cada 24 meses, proporcionamos una asignación de \$250 para la compra de un artículo para la visión en un centro de atención óptica del plan, cuando un médico u optometrista receta anteojos o lentes de contacto para corrección de la visión. La asignación se puede usar para pagar los siguientes artículos: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Lentes para anteojos, si un proveedor de la red los coloca en un armazón. ◆ Armazones para anteojos con fines refractivos. ◆ Armazones para anteojos, si un proveedor de la red coloca dos lentes (al menos una con valor refractivo) en el armazón. ◆ Adaptación y entrega de lentes de contacto. • No otorgaremos la asignación para cristales ni armazones (aunque estén cubiertos de otra forma) si ya se proporcionó una en los últimos 12 meses. • La asignación puede utilizarse solo en el punto de venta inicial. Si no usa la totalidad de su asignación en el punto de venta inicial, no podrá usarla más adelante. • Nota: Esta asignación no corresponde para artículos para la visión obtenidos después de la cirugía de cataratas. 	<p>* Si el artículo para la visión que compra cuesta más que la asignación de \$250, usted paga la diferencia.</p> <p>Nota: Su asignación aumenta si se inscribe en Advantage Plus (para obtener más detalles, consulte la Sección 2.3 de este capítulo).</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Visita preventiva de "Bienvenido a Medicare"</p> <p>Cubrimos una visita preventiva única de "Bienvenido a Medicare". Esta visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas determinadas pruebas de detección e inyecciones) y referencias para otro tipo de atención, si es necesaria.</p> <p>Nota: Cubrimos la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses de estar inscrito en Medicare Parte B. Cuando haga la cita, avise al consultorio de su médico que desea programar la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare".</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare".</p>
<p>Nota: Consulte el Capítulo 1, Sección 7 y el Capítulo 11 para obtener información sobre la coordinación de beneficios que se aplica a todos los servicios cubiertos descritos en este Cuadro de Beneficios Médicos.</p>	

Sección 2.2 – Beneficio adicional de punto de servicio (POS) de Care Plus

Para todos los miembros del plan, si se encuentran en cualquier lugar dentro de los Estados Unidos o sus territorios, cubrimos las visitas al consultorio de atención preventiva, de rutina, de seguimiento o continuas, y otros exámenes y servicios ambulatorios, obtenidos de proveedores de Medicare que no pertenecen a la red que no excedan los **\$1,500** del monto máximo de beneficio anual en cargos cubiertos por el plan por año calendario. Una vez que alcance monto anual de cobertura de beneficios de **\$1,500** por año calendario, usted paga cualquier monto que exceda el monto anual de cobertura de beneficios.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios cubiertos bajo el beneficio POS	Lo que debe pagar*
Visitas de atención especializada, incluidos exámenes de audición cubiertos por Medicare, exámenes de podología cubiertos por Medicare, servicios de oftalmólogo cubiertos por Medicare y evaluación y tratamiento de alergias	\$50 por visita
Visitas de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$50 por visita
Visitas de rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva	\$50 por visita
Radiografías, ecografías, mamografías de diagnóstico y otras imágenes básicas	\$50 por servicio
Análisis de laboratorio	\$50 por prueba, excepto las pruebas de laboratorio de A1c, LDL e INR, que son de \$0
Electrocardiogramas (ECG), monitoreo con Holter y electroencefalogramas (EEG)	\$50 por prueba
Atención de salud mental, intervención en crisis y visitas de terapia grupal e individual por abuso de sustancias	\$25 por c visita de terapia individual y \$15 por visita de terapia grupal
Visitas al consultorio de atención primaria, incluidas consultas sobre alergias y atención quiropráctica cubiertas por Medicare	\$25 por visita
Sangre (incluidos el almacenamiento y la administración) La cobertura comienza desde la primera pinta.	\$10
Servicios preventivos cubiertos en \$0 bajo Original Medicare (marcados con el símbolo de una manzana en el Cuadro de Beneficios Médicos anterior), así como retinopatía diabética	\$0
Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo	20 % del monto permitido por el médico

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

Servicios cubiertos bajo el beneficio POS	Lo que debe pagar*
(administrados clínicamente), incluida la inyección para la alergia	

- Consulte las secciones en el Cuadro de Beneficios Médicos para cada servicio individual enumerado anteriormente para obtener detalles sobre lo que está cubierto.
- No necesita obtener una referencia o autorización previa para obtener estos servicios, pero le recomendamos que llame a Servicio a los Miembros antes de recibir atención para asegurarse de que esté cubierta por nuestro beneficio. No todos los servicios están cubiertos por el beneficio POS.
- Puede obtener sus servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare. Si recibe un servicio de un proveedor que no participa en Medicare, el reembolso se basará en el programa de tarifas de Medicare. Es posible que deba pagar el costo total del servicio en el lugar del servicio y presentar un reclamo de reembolso. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que participa en Medicare, o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener una lista de proveedores elegibles de Medicare.
- El proveedor que elija podría presentar el reclamo en su nombre. Si el proveedor no presenta un reclamo en su nombre, debe presentarnos un reclamo para obtener el reembolso. Para obtener más información sobre cómo enviar un reclamo, consulte el Capítulo 7, Sección 2. Usted es responsable de cualquier cargo y debe presentarnos un reclamo para que le reembolsemos los servicios cubiertos.
- La atención es atención preventiva, de rutina, de seguimiento o continua que no es urgente ni de emergencia. Nota: La atención de urgencia fuera del área está cubierta como se describe en el Cuadro de Beneficios Médicos en la sección “Servicios requeridos con urgencia”.
- Su costo compartido bajo el beneficio POS de Care Plus no se aplica al gasto máximo anual de bolsillo (MOOP).
- Si un servicio no aparece en el cuadro anterior “Servicios cubiertos bajo el beneficio POS”, no está cubierto por este beneficio POS. Si aparece en el Cuadro de Beneficios Médicos anterior, debe recibirse dentro de la red de acuerdo con la cobertura descrita.

Sección 2.3 – Beneficios “adicionales opcionales” que puede comprar

Ofrecemos algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Original Medicare y que no están incluidos en su paquete de beneficios. Estos beneficios adicionales se denominan “beneficios suplementarios opcionales”. Si desea obtener estos beneficios suplementarios opcionales, debe inscribirse para recibirlos y es posible que deba pagar una prima adicional. Si no paga la prima adicional, es posible que se cancelen los beneficios. Los beneficios suplementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que el resto de los beneficios.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto del gasto máximo de bolsillo.

El paquete de beneficios suplementarios opcionales que nuestro plan ofrece se llama "Advantage Plus". Solo recibe los beneficios de audífonos, de servicios dentales y para artículos para la visión que se describen en esta sección si se encuentra inscrito en Advantage Plus. Tenga en cuenta que no puede comprar solo uno de estos beneficios; se ofrecen como un paquete y no están disponibles individualmente.

Cuándo puede inscribirse en Advantage Plus

Para inscribirse en Advantage Plus, seleccione dicha opción cuando complete el formulario de inscripción en Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus. Si no seleccionó Advantage Plus cuando se inscribió en Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus, puede inscribirse en Advantage Plus durante una de las fechas que se indican a continuación mediante el envío de un formulario de inscripción completo de Advantage Plus:

- Del 15 de octubre al 31 de diciembre, para que la cobertura comience a partir del 1 de enero.
- Entre el 1 de enero y el 31 de marzo o dentro de los 30 días posteriores a su inscripción en Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus. La cobertura entra en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en que recibamos su formulario de inscripción completo de Advantage Plus.

Cancelación de la inscripción en Advantage Plus

Puede cancelar su cobertura de Advantage Plus en cualquier momento. La cancelación de la inscripción entra en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en que recibamos el formulario completo. Reembolsaremos los pagos de primas excesivos. Llame a Servicio a los Miembros para solicitar un formulario de cancelación de la inscripción.

Si cancela su inscripción en Advantage Plus y desea volver a inscribirse en el futuro, consulte más arriba las fechas en las que puede hacerlo en "Cuándo puede inscribirse en Advantage Plus". Recuerde que sus beneficios de audífonos y artículos para la visión no se renuevan con la reinscripción, ya que los audífonos solo se cubren una vez cada 36 meses y los artículos para la visión, una vez cada 24 meses.

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	Lo que debe pagar*
Prima mensual adicional Esta prima mensual adicional se suma a la prima de su plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus (para obtener más información sobre la prima, consulte el Capítulo 1, Sección 4.1).	\$20
Cobertura adicional de artículos para la visión† <ul style="list-style-type: none"> • La inscripción en Advantage Plus aumenta su asignación estándar para artículos para la visión que se describe en el Cuadro de beneficios médicos de "Cuidado de la visión", ya que se agregan 	Si el artículo para la visión que compre cuesta más de \$425 , usted paga la diferencia.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	Lo que debe pagar*
<p>\$175 a la asignación estándar, lo que da como resultado una asignación combinada de \$425 en artículos para la visión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede usar esta asignación para la compra de un artículo para la visión una vez cada 24 meses. Si no usa la totalidad de su asignación en el punto inicial de venta, no podrá usarla más adelante. • Los artículos para la visión se deben adquirir en un centro de atención óptica de la red. <p>Nota: Esta asignación no corresponde para artículos para la visión obtenidos después de la cirugía de cataratas.</p>	
<p>Cobertura adicional para audífonos†</p> <ul style="list-style-type: none"> • La inscripción en Advantage Plus aumenta su asignación estándar para audífonos que se describe en el Cuadro de Beneficios Médicos de “Servicios para la audición”, ya que se agregan \$1,000 a la asignación estándar, lo que da como resultado una asignación combinada de \$2,000 en artículos para la visión. • Puede usar esta asignación para la compra de un audífono una vez cada 36 meses. Si se necesitan dos audífonos para proporcionar una mejoría importante que no se puede conseguir con un solo audífono, cubriremos un audífono para cada oído. La asignación combinada por oído solo se puede usar una vez cada 36 meses. Si no usa la totalidad de su asignación en el punto inicial de venta, no podrá usarla más adelante. • Nosotros seleccionamos al proveedor que suministrará el audífono con cobertura. La cobertura se limita a los tipos y modelos de audífonos que suministre el proveedor o distribuidor. 	<p>Si el audífono que compra cuesta más de \$2,000, usted paga la diferencia.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y ajuste de los audífonos. • Visitas para comprobar que los audífonos cumplen con las especificaciones de la receta médica. • Visitas para el asesoramiento, el ajuste, la limpieza y la inspección después de que venza la garantía. 	\$0
<p>Servicios dentales integrales</p> <p>La inscripción en Advantage Plus aumenta su límite anual de beneficios dentro de la red para servicios dentales integrales como se describe en el Cuadro de Beneficios Médicos en “Servicios dentales”, ya que se agregan \$500 al límite de beneficio anual estándar dentro de la red, lo que da como resultado un límite de beneficio anual combinado dentro de la red de \$1,500. Consulte “Servicios dentales” para obtener la lista completa de servicios y limitaciones de frecuencia cubiertos por este beneficio, y la Sección 3.2 para limitaciones y</p>	<p>50 % de coseguro para atención dental integral hasta que el plan haya pagado \$1,500 (límite anual de beneficios combinados). Cuando alcance el límite anual de beneficios</p>

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	Lo que debe pagar*
exclusiones adicionales. Visite DominionNational.com/kaiserdentists para obtener una lista de los dentistas participantes o llame a un asociado del equipo de servicio de Dominion National al 1-855-733-7524 (los usuarios de TTY llaman al 711), de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6 p. m.	combinados de \$1,500 para atención dental integral, paga el 100 % durante el resto del año.

Sección 3 — ¿Qué servicios no están cubiertos por nuestro plan?

Sección 3.1 – Servicios que no cubrimos (exclusiones)

Esta sección informa qué servicios están "excluidos" de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no los cubre este plan.

La siguiente tabla incluye los servicios y artículos que no cubrimos bajo ninguna circunstancia o que solo están cubiertos en determinados casos.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, con excepción de lo específicamente dispuesto a continuación. Aunque usted reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, los servicios excluidos siguen sin tener cobertura y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela y se decide luego de la apelación que el servicio es un servicio médico que se debió haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3 de este documento).

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
acupuntura		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Atención en un centro de atención intermedia o residencial, un centro de alojamiento asistido o un hogar de acogida para adultos	√	

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
<p>Concepción por medios artificiales, como fertilización in vitro, transferencias intrafalopianas de cigotos, trasplantes de óvulos y transferencias intrafalopianas de gametos (excepto inseminación artificial y servicios relacionados cubiertos por Medicare)</p>	√	
<p>Cirugía estética o procedimientos estéticos.</p>		<p>Cubierto en casos de lesión accidental o para mejorar la funcionalidad de un miembro del cuerpo con malformaciones.</p> <p>Cubierto para todas las etapas de reconstrucción del seno después de una mastectomía, así como para los procedimientos necesarios en el otro seno para lograr una apariencia simétrica.</p>
<p>Atención de custodia</p> <ul style="list-style-type: none"> • La atención de custodia es atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con actividades de la vida diaria, por ejemplo, bañarse o vestirse. 	√	

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
<p>Servicios o procedimientos opcionales o voluntarios (incluidos la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el rendimiento sexual y atlético, los propósitos cosméticos, los tratamientos contra el envejecimiento y el rendimiento mental).</p>		<p>Cubiertos si son necesarios desde el punto de vista médico y están cubiertos por Original Medicare.</p>
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos y productos experimentales son aquellos que, según nuestro plan y Original Medicare, la comunidad médica generalmente no acepta. 		<p>Podrían tener la cobertura de Original Medicare por medio de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
<p>Los siguientes servicios y artículos para la visión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de protección de lentes. • Productos de venta sin receta médica. • Lentes y monturas industriales o de seguridad. 	√	

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
<ul style="list-style-type: none"> • Lentes y anteojos de sol sin valor refractivo, excepto que esta exclusión no se aplica a un lente de equilibrio claro si solo un ojo necesita corrección o lentes tintados cuando son necesarios desde el punto de vista médico para tratar la degeneración macular o la retinitis pigmentosa. • Reemplazo de cristales o armazones perdidos o dañados. • Accesorios para anteojos o lentes de contacto. • Artículos para la visión que no requieren receta médica por ley (que no sean armazones de anteojos o lentes de equilibrio cubiertos). 		
Cargos generados por parientes directos o miembros de su hogar.	√	
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.	√	

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Comidas con entrega a domicilio.	√	
Servicios de tareas domésticas, incluida la asistencia con las tareas domésticas básicas, como hacer una limpieza rápida o preparar comidas sencillas.	√	
Servicios autorizados de ambulancia sin transporte.		Cubiertos si la ambulancia lo transporta a usted o si está cubierto por Medicare.
Terapia de masajes		Servicio cubierto cuando se indica como parte del programa de fisioterapia de acuerdo con las pautas de Medicare.
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	√	
Lentes intraoculares (IOL) no convencionales después de una cirugía de cataratas (por ejemplo, IOL para corregir la presbicia).	√	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de soporte para los pies.		Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y se incluyen en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con una enfermedad del pie relacionada con la diabetes.

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Artículos personales en su habitación del hospital o de un centro de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión	√	
Exámenes físicos y otros servicios (1) necesarios para obtener o conservar el empleo, o para participar en programas de empleados, (2) necesarios para obtener seguros o licencias, o (3) solicitados por orden judicial o necesarios para obtener libertad condicional o un periodo de prueba		Cubiertos si un médico de la red determina que los servicios son necesarios desde el punto de vista médico o de atención preventiva adecuada desde el punto de vista médico.
Enfermería privada	√	
Habitación privada en un hospital		Cubierto cuando es necesario desde el punto de vista médico.
Pruebas psicológicas de capacidad, aptitud, inteligencia o interés	√	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para la visión disminuida	√	

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Cirugía reconstructiva que ofrece únicamente mejoras mínimas en la apariencia o que se realiza para modificar o cambiar la forma de las estructuras normales del cuerpo a fin de mejorar la apariencia.		Cubrimos la cirugía reconstructiva para corregir o reparar las anomalías en las estructuras del cuerpo provocadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, lesiones accidentales, traumas, infecciones, tumores o enfermedades, si un médico de la red determina que es necesaria para mejorar la función o crear una apariencia normal, dentro de lo posible.
Procedimientos para revertir la esterilización y suministros anticonceptivos que no requieren receta médica.	√	
Atención quiropráctica de rutina		La manipulación de la columna vertebral para corregir la subluxación está cubierta.
Cuidado rutinario de los pies.		Cobertura limitada según las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Pruebas de audición de rutina	√	
Servicios que se considere que no son razonables ni necesarios según los estándares de Original Medicare.		Esta exclusión no aplica a los servicios o artículos que no están cubiertos por Original Medicare, pero están cubiertos por nuestro plan.

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Servicios que se proporcionan a los veteranos en los centros de atención del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA).		Si un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y los costos compartidos de VA son mayores que los de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia. Los miembros siguen siendo responsables de pagar los costos compartidos de nuestro plan.
Servicios relacionados con servicios o artículos sin cobertura		Cuando un servicio o un artículo no tiene cobertura, se excluyen todos los servicios o artículos relacionados con ellos, (1) excepto los que de otra forma tendrían cobertura para el tratamiento de complicaciones del servicio o artículo sin cobertura, o bien (2) si tienen cobertura de acuerdo con las pautas de Medicare.
Servicios para revertir la infertilidad voluntaria, inducida quirúrgicamente	√	
Gastos por viajes y alojamiento		Podemos pagar determinados gastos que autorizaremos previamente conforme a las pautas relativas a viajes y alojamiento.

Sección 3.2 – Exclusiones y limitaciones dentales

Términos y condiciones generales sobre servicios dentales

Conforme a los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones especificados en esta **Evidencia de Cobertura**, incluida la Sección 3.2 de este capítulo y el Capítulo 12, usted puede recibir servicios dentales cubiertos de proveedores dentales participantes.

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. hizo un acuerdo con Dominion National para brindar servicios dentales cubiertos a través de proveedores dentales participantes.

Solo los procedimientos dentales enumerados en la sección Servicios dentales del Cuadro de Beneficios Médicos son servicios dentales cubiertos. Cuando recibe servicios dentales preventivos cubiertos de un proveedor dental participante, no tendrá ninguna responsabilidad de gastos de bolsillo personal. Para los servicios no preventivos cubiertos, Dominion National pagará el 50 % de la tarifa negociada del proveedor, hasta un total de \$1,000 por año calendario. Ni Kaiser Permanente ni Dominion National son responsables por el pago de ninguna tarifa de un proveedor no participante o en la que se haya incurrido por servicios dentales no cubiertos.

- Puede obtener una lista de proveedores dentales participantes visitando **www.DominionNational.com/KaiserDentists** o comunicándose con Dominion National a los números que se indican a continuación o con el Departamento de Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al **1-888-777-5536 (TTY 711)** los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
 - ◆ Dominion National: hicimos un acuerdo con Dominion National para brindar servicios dentales cubiertos como se describe en esta sección. Para obtener ayuda con las preguntas de cobertura dental o para encontrar un proveedor dental participante, puede comunicarse con los asociados del equipo de Servicios de Dominion, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6 p. m., llamando al **1-855-733-7524** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).
- El Sistema de Respuesta por Voz Integrado de Dominion está disponible las 24 horas del día para solicitar información sobre los proveedores dentales participantes en su área o para ayudarlo a seleccionar un proveedor dental participante. La lista más actualizada de proveedores dentales participantes se puede encontrar en el siguiente sitio web: **www.DominionNational.com/KaiserDentists**.

Dominion también brinda muchas otras funciones seguras en línea en **www.DominionNational.com**.

Exclusiones

- Servicios que no son necesarios para la salud dental del paciente según nuestro plan.
- La odontología cosmética, electiva o estética excepto cuando sea requerida debido a una lesión corporal accidental de los dientes naturales sanos según lo determine el administrador dental.
- La cirugía bucal que requiera la restauración de fracturas o dislocaciones.
- Los servicios relacionados con tumores malignos, quistes o neoplasmas, malformaciones hereditarias, congénitas, de prognatismo mandibular o del desarrollo, cuando el administrador dental opine que dichos servicios no deberían realizarse en un consultorio dental.
- El tratamiento que se requiera para las condiciones causadas por un desastre importante, una epidemia, una guerra, actos de guerra (declarada o no declarada) o mientras está en servicio activo como miembro de las fuerzas armadas de cualquier país.
- El reemplazo debido a la pérdida o el robo de prótesis.
- Los procedimientos que no se mencionan como beneficios cubiertos en la Sección 2.2 de este capítulo.
- Servicios recibidos de proveedores dentales fuera de la red (excepto para emergencias dentales cubiertas fuera del área). El miembro debe verificar que su proveedor dental participe en este plan antes de recibir los servicios.

- Los servicios relacionados con el tratamiento del TMD (Trastorno Temporomandibular).
- La cirugía electiva, incluida, entre otras cosas, la extracción de dientes retenidos asintomáticos y no patológicos, según lo determine el administrador dental.
- Los servicios que sean prestados sin costo a un miembro por alguna institución federal, estatal, municipal, del condado o de otra subdivisión política (a excepción de Medicaid)
- Los servicios que no se pueden prestar debido a la salud general del paciente.
- Los procedimientos de implantación y de restauración relacionados.
- Los procedimientos relacionados con el cambio y el mantenimiento de la dimensión vertical o restauración importante de la oclusión, o para alterar la oclusión (mordida) a través del ajuste o la trituración de los dientes en toda la boca. Esto no excluye los ajustes oclusales menores en los dientes individuales para eliminar puntos altos o suavizar zonas ásperas o agudas.
- Las tarifas de laboratorio por remoción y biopsia.
- Procedimientos experimentales, implantes o regímenes farmacológicos.
- La colocación inicial o el reemplazo de puentes fijos únicamente con el propósito de lograr la estabilidad periodontal.
- Cargos por segundas opiniones.
- Los procedimientos que requieren restauración protésica fija, que sean necesarios para la rehabilitación o reconstrucción bucal completa.
- Protectores oclusales.
- Los servicios dentales para niños menores de 19 años.
- Cualquier factura o solicitud de pago, por un servicio que el consejo regulador determine que fue proporcionado como resultado de una remisión prohibida. "Referencia prohibida" se refiere a una referencia que está prohibida conforme a la Sección 1-302 del Artículo de Profesiones Relacionadas con la Salud de Maryland.

Capítulo 5 — Utilización de la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Sección 1 — Introducción

En este capítulo se explican las reglas para el uso de la cobertura de medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 4 para ver los beneficios de los medicamentos de Medicare Parte B y de los medicamentos de cuidados paliativos.

Sección 1.1 – Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan

En general, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas reglas básicas:

- Un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) debe emitirle la receta, que debe ser válida de acuerdo con la legislación vigente del estado.
- El proveedor no debe encontrarse en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (Consulte la Sección 2 de este capítulo, “Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o por medio del servicio de pedido por correo de nuestro plan”).
- Su medicamento debe estar en la **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2023** (también conocida como “Lista de Medicamentos”). (Consulte la Sección 3 de este capítulo, “Sus medicamentos deben estar incluidos en nuestra Lista de Medicamentos”).
- El medicamento debe utilizarse según una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Una "indicación aceptada desde el punto de vista médico" es el uso de un medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de las indicaciones aceptadas desde el punto de vista médico).

Sección 2 — Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través de nuestro servicio de pedidos por correo

Sección 2.1 – Use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, las recetas solo se cubrirán si las surte en las farmacias de la red. (Consulte la Sección 2.5 de este capítulo para obtener información sobre cuándo cubriríamos recetas surtidas en farmacias que no pertenecen a la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para suministrarle sus medicamentos recetados cubiertos. La frase “medicamentos cubiertos” se refiere a los medicamentos recetados de la Parte D que se incluyen en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.2 – Farmacias de la red

¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su **Directorio de Farmacias**, visitar nuestro sitio web (kp.org/directory) o llamar a Servicio a los Miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Algunas de las farmacias de nuestra red brindan costos compartidos preferidos, que pueden ser más bajos que los costos compartidos de una farmacia que ofrece costos compartidos estándar. El **Directorio de Farmacias** le indicará cuáles de las farmacias de la red ofrecen costos compartidos preferidos. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo podrían variar sus gastos de bolsillo para diferentes medicamentos.

¿Qué debe hacer si la farmacia que ha estado usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que ha estado usando deja de formar parte de la red de nuestro plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que pertenezca a nuestra red. O si la farmacia que ha estado usando permanece a la red, pero ya no ofrece costos compartidos preferidos, se recomienda que cambie a una red o farmacia preferida diferente, si está disponible. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede llamar a Servicio a los Miembros o consultar el **Directorio de Farmacias**. Esta información también aparece en nuestro sitio web en kp.org/directory.

¿Qué debe hacer si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapias de infusión en el hogar.
- Las que surten medicamentos para los residentes de centros de cuidados a largo plazo (LTC). En general, los centros de LTC (como los hogares para ancianos) tienen sus propias farmacias. Si tiene problemas para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicio a los Miembros.
- Las farmacias que trabajan con los Servicios de Salud para la Población Indígena/Tribus/Programa de Salud para Indígenas Urbanos (no disponible en Puerto Rico). A menos que se trate de una emergencia, solo los nativos estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red. Las farmacias I/T/U deben estar dentro de nuestra área de servicio.
- Las farmacias que venden medicamentos que están restringidos a lugares específicos por la FDA o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o una explicación de su modo de uso. **Nota: Esta situación debe ser infrecuente.**

Para encontrar una farmacia especializada, consulte su **Directorio de Farmacias** o llame a Servicio a los Miembros.

Sección 2.3 – Cómo usar nuestros servicios de pedidos por correo

Para obtener determinados medicamentos, puede utilizar el servicio de pedidos por correo de nuestro plan. En general, los medicamentos provistos por medio de la venta por correo son medicamentos que se toman de manera regular para tratar una condición médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos disponibles mediante el servicio de pedido por correo están catalogados como medicamentos “pedidos por correo” en la Lista de Medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro para un máximo de 90 días.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a la farmacia de Kaiser Permanente al **1-703-466-4900** o a la línea telefónica gratuita al **1-800-733-6345**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m. y los sábados de 8:30 a. m. a 4 p. m. (TTY 711). Puede, de manera conveniente, ordenar que le surtan sus recetas de las siguientes maneras:

- Regístrese y haga su pedido en línea de forma segura en **kp.org/refill**.
- Llame a la línea de EZ Refill al **1-866-299-9415**, los 7 días de la semana, las 24 horas del día, (TTY 711). Asegúrese de seleccionar la opción de entrega por correo cuando se le indique.

Si solicita el resurtido por correo en línea, por teléfono o por escrito, debe pagar el costo compartido al realizar el pedido (en el caso del servicio normal de pedido por el Servicio Postal de Estados Unidos [United States Postal Service, USPS] no hay cargos de envío). Si así lo prefiere, puede elegir una farmacia de la red donde desea recoger y pagar sus medicamentos. Comuníquese con una farmacia de la red para saber si su receta médica se puede surtir por correo o consulte nuestra Lista de Medicamentos para obtener información sobre el tipo de medicamentos que pueden enviarse por correo.

En general, recibirá los pedidos de una farmacia de pedidos por correo en menos de 5 días. Si su receta de orden por correo está retrasada, por favor llame a la farmacia de Kaiser Permanente para solicitar ayuda al **1-800-733-6345** o al **1-703-466-4900**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m. y los sábados, de 8:30 a. m. a 4 p. m. (TTY 711). Además, si no puede esperar a que llegue su receta de nuestra farmacia de pedidos por correo, puede obtener un suministro urgente llamando a la farmacia minorista preferida de su red local que figura en su **Directorio de Farmacias** o en **kp.org/directory**. Tenga en cuenta que quizá pague más si obtiene un suministro de 90 días de una farmacia minorista de la red que de nuestra farmacia de pedidos por correo.

Resurtido por correo de medicamentos recetados. Para volver a surtir, comuníquese con su farmacia al menos 5 días antes de que se agoten sus medicamentos recetados actuales para asegurarse de que su próximo pedido le sea enviado a tiempo.

Sección 2.4 – ¿Cómo puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos?

Si compra un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que los costos compartidos sean más bajos. Nuestro plan ofrece **dos formas** de recibir un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") de medicamentos de "mantenimiento" en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de manera regular para tratar una condición médica crónica o de largo plazo.

- Algunas farmacias de venta al por menor de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de los medicamentos de mantenimiento. Para ver qué farmacias de nuestra red ofrecen la opción de recibir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento, consulte el **Directorio de Farmacias**. También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener más información.
- También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5 – ¿Cuándo puede usar una farmacia que está fuera de nuestra red?

En ciertas circunstancias, su receta médica puede tener cobertura

En general, ofrecemos cobertura para los medicamentos que se surten en farmacias que no pertenecen a la red solo cuando no es posible usar una farmacia de la red. Consulte antes con Servicio a los Miembros para saber si hay una farmacia de la red cercana. Es muy probable que se requiera que pague la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia que no pertenece a la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

Cubriríamos los medicamentos recetados surtidos en una farmacia fuera de la red en las siguientes circunstancias:

- Si usted está de viaje dentro de los Estados Unidos y sus territorios, pero se encuentra fuera del área de servicio y se enferma o se queda sin medicamentos recetados cubiertos de la Parte D, ofrecemos cobertura para surtir recetas en una farmacia que no pertenece a la red solo para circunstancias limitadas y poco frecuentes, y de acuerdo con las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles de Medicare Parte D.
- Si necesita un medicamento recetado de Medicare Parte D junto con atención de emergencia que no pertenece a la red o atención de urgencia fuera del área de servicio, cubriremos un suministro para hasta 30 días por parte de una farmacia que no pertenece a la red. Nota: Los medicamentos que se recetan y se surten fuera de los Estados Unidos y sus territorios, como parte de servicios cubiertos de atención de emergencia o de urgencia, tienen cobertura para un suministro hasta de 30 días en un período de 30 días. Medicare Parte D no cubre estos medicamentos; por lo tanto, los gastos que generen no cuentan para alcanzar la Etapa de Cobertura para Catástrofes.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto en tiempo y forma dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable en automóvil que esté abierta las 24 horas. Si una persona razonable pudo haber comprado el medicamento en una farmacia de la red dentro del horario normal de atención, es posible que no cubramos su receta.

- Si trata de surtir la receta de un medicamento cubierto que no está disponible normalmente en farmacias accesibles de la red o a través del servicio de pedido por correo (incluidos los medicamentos de costo elevado).
- Si no puede obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red durante un desastre.

¿Cómo solicitar un reembolso?

En general, si usted utiliza una farmacia fuera de la red, tendrá que pagar el costo total (en vez de la parte del costo compartido que normalmente le corresponde) al surtir la receta médica. Puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo. (En el Capítulo 7, Sección 2 se explica cómo solicitarnos un reembolso).

Sección 3 — Sus medicamentos deben estar incluidos en nuestra “Lista de Medicamentos”

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

Nuestro plan tiene una **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2023**. En esta **Evidencia de Cobertura**, la llamamos “Lista de Medicamentos” para abreviar.

El plan selecciona los medicamentos que aparecen en esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y cuenta con su aprobación.

Los medicamentos de la Lista de Medicamentos solo son los que están cubiertos por Medicare Parte D.

En general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos siempre y cuando siga las demás reglas de cobertura que se indican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Una “indicación aceptada desde el punto de vista médico” es un uso del medicamento que cumple con alguno de los siguientes requisitos:

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para el que se recetó.
- O está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de Información sobre Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles para Hospitales de Estados Unidos y el Sistema de Información DRUGDEX.

Nuestra Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y medicamentos biosimilares

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre comercial que le pertenece al fabricante. Los medicamentos de marca son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos con base en proteínas) se denominan productos biológicos. En la Lista de Medicamentos, “medicamento” puede hacer referencia a un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene el mismo principio activo que un medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los genéricos y biosimilares son tan eficaces como los medicamentos de marca o los productos biológicos y, usualmente, cuestan menos. Hay sustitutos o alternativas biosimilares de medicamentos genéricos disponibles para varios medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

¿Qué no se incluye en nuestra Lista de Medicamentos?

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

En ciertos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).

En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de Medicamentos. En algunos casos, es posible que obtenga un medicamento que no está en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 – Son seis los “niveles de costo compartido” de los medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos

Todos los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos de nuestro plan pertenecen a uno de los seis niveles de costo compartido. En general, entre más alto sea el nivel de costo compartido, más deberá pagar por el medicamento:

- **Nivel 1** de costo compartido para medicamentos genéricos preferidos (este nivel incluye algunos medicamentos de marca).
- **Nivel 2** de costo compartido para medicamentos genéricos (este nivel incluye algunos medicamentos de marca).
- **Nivel 3** de costo compartido para medicamentos de marca preferidos.
- **Nivel 4** de costo compartido para medicamentos de marca no preferidos (este nivel incluye algunos medicamentos genéricos).
- **Nivel 5** de costo compartido para medicamentos especializados (este nivel incluye tanto medicamentos genéricos como medicamentos de marca).
- **Nivel 6** de costo compartido para vacunas inyectables de la Parte D (este nivel incluye solo medicamentos de marca).

Para saber a qué nivel de costo compartido pertenece su medicamento, consulte la Lista de Medicamentos. El monto que usted paga por medicamentos que se encuentran en cada nivel de costo compartido se encuentra en el Capítulo 6 (“Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D”).

Sección 3.3 – ¿Cómo averiguar si un medicamento específico está incluido en nuestra Lista de Medicamentos?

Hay tres formas de averiguarlo:

- Revise la Lista de Medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica en nuestro sitio web.
- Visite nuestro sitio web (kp.org/seniorrx). Nuestra Lista de Medicamentos (**Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2023**) que aparece en el sitio web es siempre la más actualizada.
- Llame a Servicio a los Miembros para preguntar si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan (**Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2023**) o para solicitar una copia de la lista.

Sección 4 — Algunos medicamentos tienen restricciones de cobertura

Sección 4.1 – ¿Por qué se aplican restricciones a algunos medicamentos?

Se aplican reglas especiales que restringen cuándo y qué tipo de cobertura se ofrece para ciertos medicamentos recetados. Un equipo de médicos y farmacéuticos crearon estas reglas para alentarles a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz posible. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Siempre que un medicamento seguro y de bajo costo tenga la misma eficacia médica que un medicamento más costoso, las reglas de nuestro plan recomiendan usar la opción de menor costo.

Tome en cuenta que es posible que un medicamento aparezca más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto sucede porque los mismos medicamentos pueden variar de acuerdo con la concentración, la cantidad o la presentación de un medicamento que le receta el proveedor de atención médica, y las diferentes restricciones o costos compartidos que puedan aplicarse a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno al día o dos al día; en forma de comprimidos o en forma líquida).

Sección 4.2 – ¿Qué tipos de restricciones?

En las secciones que aparecen a continuación, se explica qué tipos de restricciones se aplican a ciertos medicamentos.

Si existe una restricción para un medicamento, en general, significa que usted o el proveedor tendrán que seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicio a los Miembros para averiguar qué necesitan hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura de ese medicamento. Si desea que anulemos alguna restricción en su caso, tendrá que seguir el proceso de decisión sobre la cobertura y solicitar que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar retirar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Restricción de los medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Generalmente, los medicamentos "genéricos" son tan eficaces como los medicamentos de marca y por lo general cuestan menos. Cuando hay una versión genérica disponible de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el genérico en vez del medicamento de marca. Sin embargo, si su proveedor nos informa que hay una razón médica por la cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición funcionarán para usted, cubriremos el costo del medicamento de marca. (Es posible que la parte que le corresponde del costo del medicamento sea mayor en el caso de los medicamentos de marca que en el de los genéricos).

Cómo obtener la aprobación previa del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirlos. Esto se llama "autorización previa". Este procedimiento se establece para garantizar la seguridad de los medicamentos y contribuir al uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene dicha aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Sección 5 — ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto como desearía que lo estuviera?

Sección 5.1 – Hay ciertas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como a usted le gustaría

Existen situaciones en las que hay un medicamento recetado que esté tomando o uno que usted y el proveedor piensen que debería estar tomando y que no se encuentre en nuestra Lista de Medicamentos recetados disponibles o que se le apliquen restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en lo absoluto o que ofrezcamos cobertura para la versión genérica de un medicamento, pero no para la versión de marca que usted desea tomar. O puede ser que la versión genérica esté cubierta, pero no la versión de marca que usted desea tomar.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales en su cobertura, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento tiene cobertura, pero está en un nivel de costo compartido que hace que deba pagar un costo compartido mayor al que usted piensa que debería ser.
- Si un medicamento no tiene la cobertura que usted desea que tuviera, puede hacer algo al respecto.
 - ◆ Si su medicamento no está incluido en la Lista de Medicamentos o está restringido, consulte la Sección 5.2 de este capítulo para saber qué puede hacer al respecto.
 - ◆ Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su parte del costo sea superior a lo que usted considera que debería ser, consulte la Sección 5.3 de este capítulo para saber qué puede hacer al respecto.

Sección 5.2 – ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido de alguna manera?

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, puede hacer lo siguiente:

- Puede obtener un suministro provisional del medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede pedirnos que hagamos una excepción y que cubramos el medicamento o quitemos las restricciones a las que está sujeto.

Puede obtener un suministro provisional

Bajo ciertas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro provisional le dará tiempo de hablar con su proveedor sobre el cambio de cobertura y determinar qué hacer.

Para ser elegible para un suministro provisional, el medicamento que haya estado tomando no debe estar actualmente en la Lista de Medicamentos o debe estar restringido de algún modo.

- **Si usted es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro provisional del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.
- **Si estuvo en nuestro plan el año pasado:** Cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - ◆ Este suministro provisional será para un máximo de 30 días. Si se indica una receta por menos días, permitiremos varias recetas con un suministro máximo para 30 días. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que posiblemente la farmacia de cuidados a largo plazo proporcione el medicamento en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio).
- **En el caso de miembros que han estado en nuestro plan durante más de 90 días, viven en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o de menos días si así lo indica la receta médica. Este suministro es adicional al suministro provisional que se mencionó arriba.
- **Para miembros actuales con cambios en el nivel de atención:** Si ingresa o es dado de alta de un hospital, centro de enfermería especializada o centro de cuidados a largo plazo y pasa a un centro u hogar de atención diferente, a esto se le conoce como un cambio en el nivel de atención. Cuando hay un cambio en el nivel de atención, es posible que necesite un suministro adicional de su medicamento. En general, cubriremos un suministro hasta de un mes de sus medicamentos de la Parte D durante este período de transición en el nivel de atención, incluso si el medicamento no está en nuestra Lista de Medicamentos.

Si tiene alguna pregunta sobre el suministro provisional, llame a Servicio a los Miembros.

Mientras use el suministro provisional, hable con su proveedor para decidir qué hacer cuando el suministro se termine. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar de medicamento

Consulte con su proveedor sobre la posibilidad de que haya otro medicamento que le ofrezca los mismos beneficios y que sí tenga cobertura del plan. Puede llamar a Servicio a los Miembros y solicitar una lista de los medicamentos con cobertura que se usan como tratamiento para la misma condición médica. Con esta lista, su proveedor puede buscar un medicamento cubierto que sea adecuado para usted.

2) Puede solicitarnos que hagamos una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que le proporcionemos la cobertura que desea para el medicamento. Si su proveedor señala que existe un motivo médico que justifique la petición de una excepción, él puede ayudarlo a presentar una solicitud para que se haga una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento aunque no esté incluido en la Lista de Medicamentos. O bien, puede pedirnos que hagamos una excepción y que cubramos el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor quieren pedirnos que hagamos una excepción, en el Capítulo 9, Sección 6.4, encontrará información al respecto. Allí se explican los procedimientos y los plazos que establece Medicare para asegurarse de que su solicitud se procese de forma oportuna y apropiada.

Sección 5.3 – ¿Qué puede hacer si su medicamento pertenece a un nivel de costo compartido que considera excesivamente alto?

Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que le parece excesivamente alto:

Puede cambiar de medicamento

Si el medicamento que necesita está en un nivel de costo compartido que le parece demasiado alto, hable con su proveedor. Quizás haya otro medicamento en un nivel más bajo de costo compartido que le ofrezca los mismos beneficios. Llame a Servicio a los Miembros y solicite una lista de los medicamentos con cobertura que se usan como tratamiento para la misma condición médica. Con esta lista, su proveedor puede buscar un medicamento cubierto que sea adecuado para usted.

Puede solicitarnos que hagamos una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor señala que existe un motivo médico que justifique la petición de una excepción, él puede ayudarlo a presentar una solicitud para que se haga una excepción.

Si usted y su proveedor quieren pedirnos que hagamos una excepción, en el Capítulo 9, Sección 6.4, encontrará información al respecto. Allí se explican los procedimientos y los plazos que establece Medicare para asegurarse de que su solicitud se procese de forma oportuna y apropiada.

Los medicamentos incluidos en el nivel de especialidad (nivel 5) no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto de costo compartido para los medicamentos de este nivel.

Sección 6 — ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 – La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, a lo largo del año, podremos hacer varios tipos de cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos.
- Cambiar un medicamento a un nivel de costo compartido mayor o menor.
- Añadir o retirar una restricción de cobertura para un medicamento.
- Reemplazar un medicamento de marca por su versión genérica.

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar su Lista de Medicamentos.

Sección 6.2 – ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está usando?

Información sobre los cambios de cobertura de medicamentos

Cuando hay cambios a la Lista de Medicamentos, publicamos la información sobre estos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea de forma programada y periódica. Abajo mencionamos las ocasiones en las que recibiría un aviso directo si los cambios se hacen a un medicamento que esté tomando.

Cambios en la cobertura de los medicamentos que le afectan durante el año actual del plan

- Un medicamento genérico nuevo reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca o ambas opciones).
 - ◆ Inmediatamente retiraremos de la Lista de Medicamentos recetados disponibles el medicamento de marca si lo estamos reemplazando con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico tendrá el mismo nivel o un nivel menor de costo compartido y las mismas restricciones o menos. Podríamos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero de inmediato, lo moveríamos a un nivel de costo compartido más alto, añadiríamos nuevas restricciones o ambas cuando se agregue el nuevo genérico.
 - ◆ Es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre el cambio o los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que debe seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.

- ◆ Usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos dándole cobertura del medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- Los medicamentos peligrosos y otros medicamentos en la Lista de Medicamentos que sean retirados del mercado.
 - ◆ Es posible que se considere que un medicamento es peligroso o se lo retire del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podríamos quitar el medicamento inmediatamente de nuestra Lista de Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
 - ◆ El profesional que receta el medicamento también estará al tanto del cambio y lo ayudará a buscar otro medicamento para su condición médica.
- Otros cambios a los medicamentos de la Lista de Medicamentos.
 - ◆ Es posible que, una vez que comience el año, hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos o podemos cambiar el nivel de costo compartido, agregar restricciones nuevas al medicamento de marca o ambas. También podemos hacer cambios con base en los recuadros de advertencia de la FDA o en pautas clínicas nuevas reconocidas por Medicare.
 - ◆ Para estos cambios, debemos darle un aviso del cambio al menos con 30 días de antelación o darle aviso del cambio y volver a surtir el medicamento que está tomando para 30 días en una farmacia de la red.
 - ◆ Después de que reciba el aviso del cambio, debe hablar con el profesional que receta para determinar si comenzará a usar otro medicamento cubierto o para satisfacer cualquier restricción nueva del medicamento que está tomando.
 - ◆ Usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos dándole cobertura del medicamento en cuestión. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios a la Lista de Medicamentos que no le afectan durante el año actual del plan

Podríamos realizar ciertos cambios a la Lista de Medicamentos que no se mencionan antes. En dicho caso, el cambio no lo afectará si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio. Sin embargo, es probable que lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan, si se queda en el mismo plan.

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

- Se cambia el medicamento a un nivel de costo compartido mayor.
- Aplicamos una restricción nueva al uso del medicamento.
- Quitamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios aplica para un medicamento que usted toma (excepto que se lo retire del mercado, que un medicamento genérico reemplace a uno de marca u otro cambio que se haya mencionado en la sección anterior), ninguno afectará el modo de uso ni la parte del costo que usted paga sino hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, es probable que no vea ningún aumento en los pagos ni restricciones adicionales en el uso del medicamento.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios de forma directa durante el año actual del plan. Deberá consultar la Lista de Medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para verificar si se realizaron cambios a los medicamentos que está tomando que puedan afectarle durante el próximo año del plan.

Sección 7 — ¿Qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan?

Sección 7.1 – Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, le informamos qué tipos de medicamentos recetados están "excluidos". Esto significa que Medicare no pagará por ellos.

Si usted recibe medicamentos excluidos, deberá pagarlos por su cuenta. Si presenta una apelación y se descubre que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, pagaremos por él o lo cubriremos. (Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo apelar una decisión).

A continuación, se mencionan tres reglas generales acerca de los medicamentos que no cubrirá la Parte D de los planes de medicamentos de Medicare:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no incluye los medicamentos que tienen cobertura de Medicare Parte A o Parte B.
- El plan no cubre medicamentos que se compran fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no cubre un uso no indicado. Un "uso no indicado" es cualquier uso del medicamento distinto de aquellos que figuran en la etiqueta del medicamento como aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - ◆ La cobertura para "uso no indicado" se permite solo cuando el uso es respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre Medicamentos del Servicio de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX.

Además, por ley, los siguientes tipos de medicamentos no están cubiertos en los planes de Medicare:

- Medicamentos sin receta médica (también llamados medicamentos de venta sin receta).
- Medicamentos para favorecer la fertilidad.
- Medicamentos que se usan para aliviar la tos o los síntomas del resfriado común.
- Medicamentos para propósitos estéticos o para favorecer el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro.
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos para el tratamiento de la anorexia, o la pérdida o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que la compañía farmacéutica solicite que las pruebas o servicios de monitoreo asociados se adquieran exclusivamente de la compañía farmacéutica como condición de venta.

Sección 8 — Surtir una receta

Sección 8.1 – Brinde la información de su membresía

Para surtir su receta médica, proporcione la información de membresía del plan, que puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red de su preferencia. La farmacia de la red nos facturará automáticamente por nuestra parte del costo de su medicamento. Usted deberá pagar a la farmacia su parte del costo al recoger el medicamento recetado.

Sección 8.2 – ¿Qué sucede si no lleva consigo su información de membresía?

Si no lleva la información de su tarjeta de membresía cuando vaya a surtir su receta médica, usted o la farmacia puede llamar a nuestro plan para obtener la información requerida.

Si el farmacéutico no logra obtener la información que necesita, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado al recogerlo. Puede solicitarnos que le reembolsemos el porcentaje del costo que nos corresponde pagar. Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener información sobre cómo solicitarnos un reembolso.

Sección 9 — Cobertura de medicamentos de la Parte D en circunstancias especiales

Sección 9.1 – ¿Qué sucede si usted está internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada y nuestro plan cubre su estadía?

Si es ingresado con cobertura del plan en un hospital o en un centro de enfermería especializada, en general, cubriremos el costo de los medicamentos recetados que reciba durante la estancia. Una vez que reciba el alta del hospital o de los centros de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre y cuando se cumplan todas las reglas de cobertura descritas en este capítulo.

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

En general, los centros de cuidados a largo plazo (LTC) (tal como un centro de adultos mayores y personas con discapacidad) tienen su propia farmacia o usan una farmacia que surte los medicamentos de todos sus residentes. Si reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados en la farmacia del centro o la que utiliza, siempre y cuando esta pertenezca a nuestra red.

Para ver si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza pertenece a nuestra red, consulte su **Directorio de Farmacias**. Si no pertenece a nuestra red, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicio a los Miembros. Si está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera habitual sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si un es residente de un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o está restringido de algún modo?

Consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre un suministro provisional o de emergencia.

Sección 9.3 – ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de un empleador o de jubilados?

Si, actualmente, tiene otra cobertura para medicamentos recetados por medio de un grupo de jubilados o de su empleador (o el de su cónyuge), comuníquese con el administrador de beneficios de ese grupo. Esta persona le informará cómo se complementa su cobertura actual para medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si actualmente tiene cobertura de grupo de empleado o jubilado, la cobertura de medicamentos que le ofrecemos ocupará un lugar secundario con respecto a su cobertura de grupo. Esto significa que su cobertura grupal pagará primero.

Aviso especial acerca de la "cobertura acreditada"

Cada año, el grupo de su empleador o para jubilados debe mandarle un aviso sobre si su cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario es "acreditable".

Si esta cobertura de su plan de grupo es "acreditable", significa que ofrece cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare.

Recuerde guardar este aviso sobre la cobertura acreditable en caso de que lo necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye una cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que deba presentar estos avisos como evidencia de que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió el aviso acerca de la cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de dicho plan, el empleador o el sindicato.

Sección 9.4 – ¿Qué ocurre si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

El mismo medicamento no tiene cobertura del centro de cuidados paliativos ni de nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos para las náuseas o el dolor, un laxante o un ansiolítico) que no cubre el centro porque no están relacionados con su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que receta o del proveedor del centro en la que se comunica que los medicamentos no están relacionados antes de que nuestro plan los cubra. Para evitar demoras al recibir los medicamentos que debería cubrir nuestro plan, pídale a su proveedor del centro de cuidados paliativos o a quien le hace la receta que nos informe antes de surtir la receta.

En el caso de que cancele su elección de centro de cuidados paliativos o reciba el alta de este centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos, tal como se indica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando termina su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve a la farmacia la documentación que demuestre su cancelación o el alta del centro.

Sección 10 — Programas sobre la seguridad de los medicamentos y su administración

Sección 10.1 – Programas sobre la seguridad de los medicamentos y su administración

Para asegurarnos de que nuestros miembros reciban la atención apropiada y segura que necesitan, llevamos a cabo revisiones sobre el uso de los medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que usted surte una receta y también revisamos periódicamente nuestros registros. y también revisamos periódicamente nuestros registros. Al hacerlo, intentamos detectar posibles problemas, como:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque ya está usando otro para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados para su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que pueden resultar dañinas.
- Recetas para medicamentos con componentes que pueden provocarle una reacción alérgica.
- Posibles errores en las dosis de un medicamento que está tomando.
- Cantidades peligrosas de medicamentos analgésicos opioides.

Si identificamos cualquier posible problema con su uso de los medicamentos, nos comunicaremos con su proveedor para solucionarlo.

Sección 10.2 – Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a que los miembros consuman sus medicamentos opioides de forma segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros tomen de forma segura opioides recetados u otros medicamentos que, frecuentemente, se consumen de forma abusiva. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si consume medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias o si tuvo una sobredosis de opioides reciente, podemos hablar con sus médicos para garantizar que su uso de medicamentos opioides es adecuado y necesario desde el punto de vista médico. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que usted está en riesgo de consumir de forma incorrecta o de abusar de sus medicamentos opioides o benzodiazepinas, podemos limitar el modo en que obtiene dichos medicamentos. Si lo asignamos al DMP, las limitaciones serán las siguientes:

- Exigirle que surta todas sus recetas de medicamentos opioides o con benzodiazepinas en determinada(s) farmacia(s).
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o con benzodiazepinas de determinado(s) médico(s).
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o con benzodiazepinas que cubriremos.

Si pensamos limitar la forma en la que pueda obtener los medicamentos o cuántos pueda obtener, le enviaremos una carta con antelación. En la carta se explicarán las limitaciones que consideremos que aplican para usted. Tendrá la posibilidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere y comunicarnos cualquier tipo de información que crea que sea importante. Luego de que usted haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura en relación a estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme esta limitación. Si considera que cometimos un error o si no está de acuerdo con nuestra decisión o bien no está de acuerdo con la limitación, usted y el profesional que receta tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, evaluaremos su caso y tomaremos una decisión. Si de todas formas denegamos cualquier parte de su solicitud en relación con la limitación en el acceso a sus medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente por fuera del plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No estará en nuestro DMP si tiene ciertas condiciones médicas, tal como dolor relacionado con el cáncer activo o enfermedad de células falciformes, si recibe cuidados paliativos o para pacientes terminales, o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Sección 10.3 – Programa de Administración del Tratamiento con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros en el manejo de sus medicamentos

Ofrecemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas.

Nuestro programa se llama programa de Administración del Tratamiento con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y sin costo. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros miembros obtengan los mayores beneficios de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen altos costos de medicamentos, o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión general de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre los medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que incluye una lista de quehaceres con los pasos que debe seguir para ayudarle a obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También se le enviará una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto está tomando, y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Se recomienda consultar al médico acerca de la lista de quehaceres recomendados y la lista de medicamentos. Lleve con usted el resumen a la visita o cuando hable con los médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención médica. Además, conserve la lista de medicamentos actualizada (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información pertinente. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicio a los Miembros.

Capítulo 6 — Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que ofrece ayuda para pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no aplica a su caso.** Le enviamos un documento por separado, llamado “Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Beneficio Adicional para sus medicamentos recetados” (también conocida como “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no ha recibido esta cláusula, llame a Servicio a los Miembros y pida la “Cláusula LIS”.

Sección 1 — Introducción

Sección 1.1 – Consulte este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos

En este capítulo se explica lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Por simplicidad, en este capítulo usaremos el término “medicamento” para referirnos a los medicamentos recetados de la Parte D. Tal como se explica en el Capítulo 5, no todos son medicamentos de la Parte D, algunos tienen la cobertura de Medicare Parte A o Parte B, y otros están excluidos por ley de la cobertura de Medicare.

Para entender la información sobre los pagos, primero debe saber qué medicamentos tienen cobertura, dónde puede surtir sus recetas médicas y qué reglas debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. En las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 se explican estas reglas.

Sección 1.2 – Tipos de gastos de bolsillo que tendría que pagar por medicamentos cubiertos

Hay diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se llama “costo compartido” y se le puede pedir que lo pague de tres maneras diferentes.

- El “**deducible**” es el monto que debe pagar por sus medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte.
- El “**copago**” es un monto fijo que paga cada vez que surte una receta.
- El “**coseguro**” es un porcentaje del costo total que paga cada vez que surte una receta médica.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare tiene reglas con respecto a lo que cuenta y lo que no cuenta como gastos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un control de los gastos de bolsillo.

Estos pagos sí se incluyen en los costos de su bolsillo

Sus gastos de bolsillo, incluyen los pagos que aparecen abajo (siempre y cuando sean por medicamentos cubiertos de la Parte D y cumplan con las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que usted paga por medicamentos cuando está en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - ◆ Etapa Inicial de Cobertura
 - ◆ La Etapa de Intervalo en la Cobertura
- Todos los pagos que haya hecho durante este año calendario como miembro de un plan distinto de Medicare para medicamentos recetados antes de inscribirse en nuestro plan.

Quién paga es importante:

- Si usted hace estos pagos, los pagos se incluyen en los gastos de bolsillo.
- Estos pagos también están incluidos si otras personas u organizaciones determinadas los hacen en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos que hacen un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, los programas de asistencia de medicamentos para el SIDA o el Servicio de Salud para la Población Indígena. También se incluyen los pagos que hace el Programa "Beneficio Adicional" de Medicare.
- Se incluyen algunos pagos realizados por el programa de descuento de la Etapa de Intervalo en la Cobertura de Medicare. Se incluye el monto que paga la compañía farmacéutica por sus medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que paga el plan por sus medicamentos genéricos.

Avance a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) alcanza un total de gastos de bolsillo de **\$7,400** durante el año calendario, pasará de la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

Estos pagos no se incluyen entre sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo no incluyen ninguno de los siguientes tipos de pagos:

- Su prima mensual.
- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no tienen cobertura del plan.
- Los medicamentos que compra en una farmacia fuera de la red y que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos no cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.

- Los pagos hechos por el plan por sus medicamentos genéricos o de marca, cuando usted está en la Etapa de Intervalo en la Cobertura.
- Los pagos por medicamentos que hacen los planes de salud de grupo, incluidos los planes de salud de los empleadores.
- Los pagos por medicamentos que hacen determinados planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los programas del Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Los pagos por medicamentos que hace un tercero que tiene la obligación legal de cubrir el costo de los medicamentos recetados (por ejemplo, compensación del trabajador).

Recordatorio: Si cualquier otra organización como las antes mencionadas paga total o parcialmente sus gastos de bolsillo de medicamentos, se requiere que usted lo informe a nuestro plan por teléfono a Servicio a los Miembros.

¿Cómo puede llevar un control de la suma de los gastos de su propio bolsillo por medicamentos?

- Nosotros le ayudaremos. El informe de la **EOB de la Parte D** que usted recibe incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando el monto alcance los **\$7,400**, en este informe se indicará que ha pasado de la Etapa de Intervalo de Cobertura a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.
- Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos. En la Sección 3.2 se informa lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

Sección 2 — Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que está cuando recibe el medicamento

Sección 2.1 – ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos de los miembros de Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus?

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados en nuestro plan. El importe que pague dependerá de la etapa en la que se encuentre cuando le surtan o le vuelvan a surtir un medicamento recetado. En las Secciones 4 a 7 de este capítulo, se incluyen los detalles de cada etapa. Las etapas son las siguientes:

Etapa 1: Etapa de Deducible Anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa de interrupción en la cobertura

Etapa 4: Etapa de cobertura para catástrofes

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: No pagará más de \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

Sección 3 — Le enviaremos informes en los que se explican los pagos de sus medicamentos y se le indica en cuál etapa de pago está

Sección 3.1 – Le enviamos un resumen mensual llamado Explicación de Beneficios de la Parte D (la “EOB de la Parte D”)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha hecho al surtir y resurtir sus recetas en una farmacia. De esta forma, podemos informarle en qué momento pasa de una etapa de pago de medicamentos a otra. Hacemos un seguimiento especial de dos tipos de costos:

- Cuánto paga usted. Estos son los “**gastos de bolsillo**”.
- Llevamos un registro de sus “**costos totales de medicamentos**”. Este es el monto que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre, más el monto que paga el plan.

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

La EOB de la Parte D incluye:

- **La información correspondiente al mes.** En este informe, se incluyen los detalles del pago de recetas médicas que surtió durante el mes previo. Se muestran los costos totales de medicamentos, lo que paga el plan, lo que paga usted y los pagos que otros hacen en su nombre.
- **Los costos totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se le llama información “en lo que va del año”. Aquí se muestran los costos y pagos totales de los medicamentos desde el comienzo del año.
- **Información de precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre los aumentos de precio desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Hay recetas alternativas de menor costo que están disponibles.** Esto incluye información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamo de receta.

Sección 3.2 – Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos

Para llevar un control de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted ha hecho para obtenerlos, usamos registros que obtenemos de las farmacias. A continuación, le explicamos cómo puede ayudarnos a mantener esta información correcta y actualizada:

- **Presente su tarjeta de membresía cada vez que le surtan una receta médica.** Esto contribuye a asegurarnos de estar informados de las recetas médicas que surte y de cuánto paga por ellas.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En algunas ocasiones, es posible que pague el costo completo de su medicamento recetado. En esos casos, no recibimos automáticamente la información que necesitamos para llevar el control de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar dicho control, bríndenos copias de los recibos. A continuación, se encuentran algunos ejemplos de situaciones en las que debería brindarnos copias de los recibos de sus medicamentos:
 - ◆ Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
 - ◆ Cuando hace un copago por medicamentos que se proporcionan por medio de un programa de asistencia para pacientes ofrecido por una compañía farmacéutica.
 - ◆ Cada vez que compra medicamentos cubiertos en farmacias que no pertenecen a la red o cuando se trata de una circunstancia especial en la que paga el costo total del medicamento cubierto.
 - ◆ Si le cobran por un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Consulte instrucciones sobre cómo hacerlo en el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado en su nombre.** Los pagos que realizan otras personas o algunas organizaciones también se cuentan para los gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos que realiza un Programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de Salud para la Población Indígena y la mayoría de las entidades de beneficencia cuentan para los gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos dar seguimiento a sus costos.
- **Lea el informe escrito que le enviamos.** Al recibir la **EOB de la Parte D**, léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, por favor llame a Servicio a los Miembros. También puede elegir consultar su **EOB de la Parte D** en línea en vez de por correo. Visite kp.org/goinggreen e inicie sesión para informarse más sobre la elección de ver su **EOB de la Parte D** en línea de forma segura. Conserve estos informes.

Sección 4 — No hay deducible para Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus

No hay deducible para Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus. Comienza en la Etapa de Cobertura Inicial cuando surte su primera receta médica del año. Consulte la Sección 5 de este capítulo para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

Sección 5 — Durante la Etapa de Cobertura Inicial, pagamos nuestra parte de los costos de medicamentos y usted paga la suya

Sección 5.1 – Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surta su receta médica

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, pagamos nuestro porcentaje del costo de los medicamentos recetados con cobertura y usted paga el suyo (el monto de su copago o coseguro). Su porcentaje del costo variará según el medicamento que compre y el lugar donde surta la receta médica.

El plan tiene seis niveles de costo compartido

Todos los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos de nuestro plan pertenecen a uno de los seis niveles de costo compartido. En general, entre más alto sea el nivel de costo compartido, más deberá pagar por el medicamento:

- **Nivel 1** de costo compartido para medicamentos genéricos preferidos (este nivel incluye algunos medicamentos de marca).
- **Nivel 2** de costo compartido para medicamentos genéricos (este nivel incluye algunos medicamentos de marca).
- **Nivel 3** de costo compartido para medicamentos de marca preferidos.
- **Nivel 4** de costo compartido para medicamentos de marca no preferidos (este nivel incluye algunos medicamentos genéricos).
- **Nivel 5** de costo compartido para medicamentos especializados (este nivel incluye tanto medicamentos genéricos como medicamentos de marca).
- **Nivel 6** de costo compartido para vacunas inyectables de la Parte D (este nivel incluye solo medicamentos de marca).

Para saber a qué nivel de costo compartido pertenece su medicamento, consulte la Lista de Medicamentos del plan.

Opciones de farmacia

Lo que usted paga por un medicamento depende de si lo compró en:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido estándar. Los costos podrían ser menores en las farmacias que ofrecen un costo compartido preferido.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido preferido.
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan. Cubrimos recetas médicas que se surtan en farmacias que no pertenecen a la red solamente en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para conocer cuándo cubriremos recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red.
- La farmacia para pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y sobre cómo surtir sus recetas médicas, consulte el Capítulo 5 y nuestro **Directorio de Farmacias**.

Sección 5.2 – Tabla que muestra sus costos del suministro para un mes de un medicamento

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

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o del coseguro depende del nivel de costo compartido.

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

Porcentaje del costo que usted paga por un suministro de 1 mes de un medicamento recetado de la Parte D cubierto:

Nivel	Costo compartido minorista preferido (de la red)	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)	Costo compartido del pedido por correo	Costo compartido para cuidados a largo plazo (LTC)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el capítulo 5 para obtener más detalles)
	(un suministro de hasta 30 días)			(un suministro de hasta 31 días)	(un suministro de hasta 30 días)
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$3	\$10	\$3	\$10	\$10
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12	\$20	\$12	\$20	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$45	\$47	\$45	\$47	\$47
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	\$100	\$100	\$100	\$100	\$100

Nivel	Costo compartido minorista preferido (de la red)	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)	Costo compartido del pedido por correo	Costo compartido para cuidados a largo plazo (LTC)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el capítulo 5 para obtener más detalles)
	(un suministro de hasta 30 días)			(un suministro de hasta 31 días)	(un suministro de hasta 30 días)
Nivel 5: Medicamentos especializados	Coseguro del 33 %				
Nivel 6: Vacunas inyectables de la Parte D	\$0	\$0	No está disponible el servicio de pedidos por correo.	\$0	\$0

Sección 5.3 – Si su médico receta un suministro para menos de un mes, posiblemente no tenga que pagar el costo del suministro del mes entero

Habitualmente, el monto que paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un mes completo. Es posible que haya ocasiones en las que usted o su médico quiera que tenga un suministro para menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando esté probando un medicamento por primera vez). También le puede pedir a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, un suministro de medicamentos para menos de un mes, si eso le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de distintos medicamentos recetados.

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

Si le corresponde un coseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será inferior ya que el costo total por el medicamento será inferior.

Si le corresponde un copago del medicamento, solo pagará por la cantidad de días que requerirá el medicamento que reciba en vez de pagar por el mes completo. Calcularemos el monto que pagará por día por su medicamento (la “tarifa diaria del costo compartido”) y la multiplicaremos por la cantidad de días que requerirá el medicamento que reciba.

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

En el caso de ciertos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro prolongado”). Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 90 días

La siguiente tabla indica cuánto debe pagar cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento.

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

Porcentaje del costo que usted paga por un suministro a largo plazo de un medicamento recetado de la Parte D cubierto:

Nivel	Costo compartido minorista preferido (de la red)		Costo compartido minorista estándar (de la red)		Costo compartido del pedido por correo
	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 90 días	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 90 días	Suministro de 31 a 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$6	\$9	\$20	\$30	\$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$24	\$36	\$40	\$60	\$0
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$90	\$135	\$94	\$141	\$90
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	\$200	\$300	\$200	\$300	\$200

Nivel	Costo compartido minorista preferido (de la red)		Costo compartido minorista estándar (de la red)		Costo compartido del pedido por correo
	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 90 días	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 90 días	Suministro de 31 a 90 días
Nivel 5: Medicamentos especializados	Coseguro del 33 %				
Nivel 6: Vacunas inyectables de la Parte D	No hay un suministro a largo plazo disponible.				

Sección 5.5 – Continúa en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la suma de sus costos totales de los medicamentos que compra durante el año alcanza \$4,660

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el total de sus gastos en medicamentos recetados que surte equivalga a \$4,660, que es el límite de esta Etapa de Cobertura Inicial.

La **EOB de la Parte D** que recibirá le ayudará a llevar un control de lo que usted, nuestro plan y terceros gastaron en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,660 en un año.

Nosotros le avisaremos si alcanza este monto. Si alcanza este monto, dejará de estar en la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Intervalo en la Cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

Sección 6 — Costos en la Etapa de Intervalo en la Cobertura

Cuando está en la Etapa de Intervalo en la Cobertura, el Programa de Descuento de la Etapa de Intervalo en la Cobertura de Medicare proporciona descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga el **25 %** del precio negociado y una parte de la cuota de dispensación por los **medicamentos de marca**. Tanto el monto que paga como el monto descontado por el fabricante se toman en cuenta para sus gastos de bolsillo como si los hubiera pagado usted y le permiten avanzar al período de intervalo en la cobertura.

También recibe algo de cobertura para los **medicamentos genéricos**. Usted paga los copagos y el coseguro que se mencionan en la siguiente tabla hasta que sus gastos de bolsillo anuales alcancen el monto máximo que ha establecido Medicare. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto que paga cuenta para los gastos de bolsillo.

Usted continúa pagando los costos hasta que sus pagos de gastos de bolsillo anuales alcancen el monto máximo que ha establecido Medicare. Una vez que alcance este monto, \$7,400, dejará de estar en la Etapa de Intervalo en la Cobertura y pasará a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

Medicare tiene reglas con respecto a lo que cuenta y lo que no cuenta como gastos de bolsillo (Sección 1.3).

Nivel	Costo compartido minorista preferido (de la red)	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)	Costo compartido del pedido por correo	Costo compartido para cuidados a largo plazo (LTC)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el capítulo 5 para obtener más detalles)
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos*	Coseguro del 25 %				
Nivel 2: Medicamentos genéricos*	Coseguro del 25 %				
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 25 %				
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	Coseguro del 25 %				
Nivel 5: Medicamentos especializados	Coseguro del 25 %				

Nivel	Costo compartido minorista preferido (de la red)	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)	Costo compartido del pedido por correo	Costo compartido para cuidados a largo plazo (LTC)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el capítulo 5 para obtener más detalles)
Nivel 6: Vacunas inyectables de la Parte D	\$0	\$0	No está disponible el servicio de pedidos por correo.	\$0	\$0

*Para los medicamentos de marca del Nivel 1 y del Nivel 2, el copago se reduce por el Programa de Descuento de la Etapa de Intervalo en la Cobertura de Medicare.

Sección 7 — En la Etapa de Cobertura para Catástrofes, pagamos la mayor parte del costo de sus medicamentos

Usted ingresa a la Etapa de Cobertura para Catástrofes cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de **\$7,400** en un año calendario. Una vez que llega a la Etapa de Cobertura para Catástrofes, permanecerá en ella durante el resto del año calendario.

En esta etapa, el plan pagará la mayoría de los costos de sus medicamentos. Usted pagará:

5 % de coseguro para medicamentos genéricos y de marca de la Parte D y **\$0** para las vacunas de la Parte D en el Nivel 6.

Sección 8 — Vacunas de la Parte D Lo que usted paga por un medicamento depende cómo y dónde los consigue

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Comuníquese a Servicio a los Miembros (Member Services) para obtener más información.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D tiene dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de la vacuna.
- La segunda parte de la cobertura es por el costo de aplicación de la vacuna. (A esto a veces se le llama la “administración” de la vacuna).

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

- El tipo de vacuna (contra cuál enfermedad es la vacuna).
 - ◆ Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte el Cuadro de Beneficios Médicos [qué tiene cobertura y qué debe pagar] en el Capítulo 4).
 - ◆ Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas se enumeran en nuestra Lista de Medicamentos recetados disponibles.
- Dónde obtiene la vacuna.
 - ◆ Puede recibir la vacuna en una farmacia o en el consultorio del médico.
- Quién le aplica la vacuna.
 - ◆ Puede recibir la vacuna en la farmacia por parte de un farmacéutico o en el consultorio del médico por parte de otro proveedor.

Lo que usted paga en el momento en que obtiene la vacuna de la Parte D puede variar de acuerdo con las circunstancias y la etapa del medicamento en la que esté.

- A veces, cuando obtiene la vacuna, debe pagar el costo total tanto de la vacuna como de la administración de la vacuna por parte del proveedor. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde pagar.
- En otras ocasiones, cuando obtiene la vacuna, solamente paga la parte del costo estipulada según el beneficio de la Parte D.

A continuación, le presentamos tres formas de obtener una vacuna de la Parte D.

- Situación 1: Obtiene la vacuna en la farmacia de la red. (Esta opción depende del lugar en el que vive. Algunos estados no permiten a las farmacias administrar vacunas).
 - ◆ Usted pagará a la farmacia su copago por la vacuna, que incluye el costo de la aplicación.
 - ◆ Nuestro plan pagará el resto de los costos.
- Situación 2: Obtiene la vacuna de la Parte D en el consultorio del médico.
 - ◆ Cuando obtenga la vacuna, pagará el costo total tanto de la vacuna como de la administración de la vacuna por parte del proveedor.
 - ◆ Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
 - ◆ Se le reembolsará el monto que pagó menos su copago normal por la vacuna (incluida su aplicación).

- Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se la aplican.
 - ◆ Usted deberá pagar a la farmacia su copago por la vacuna misma.
 - ◆ Cuando el médico le suministra la vacuna, usted paga el costo total de este servicio. Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
 - ◆ Se le reembolsará el monto que le cobró el médico por la administración de la vacuna.

NOTA IMPORTANTE: Las vacunas cubiertas de la Parte D son sin cargo al igual que su aplicación. Sin embargo, es posible que haya un cargo por la visita al consultorio si se administran durante una visita al consultorio del médico.

Capítulo 7 — Cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que recibe por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Sección 1 — Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado podría ser necesario que pague el costo total. En otras ocasiones, es posible que note que ha pagado más de lo que esperaba según las reglas de cobertura de nuestro plan. En estos casos, puede solicitarnos que le devolvamos el dinero (este tipo de devolución de dinero a menudo se llama “reembolso”). Siempre que pague un porcentaje mayor al que le corresponde por medicamentos o servicios médicos cubiertos, tiene derecho a solicitar un reembolso. Puede que haya ciertas reglas que debe cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede suceder que un proveedor le facture el costo total de la atención médica que le proporcionó o, posiblemente, un monto mayor que su costo compartido, como se menciona en este documento. Primero, intente resolver la facturación con el proveedor. Si no funciona, en lugar de pagar la factura, envíenosla. Y nosotros determinaremos si los servicios deberán cubrirse. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos que deben pagarse, le notificaremos al proveedor. Nunca debería pagar más del costo compartido estipulado por el plan. Incluso si contrata este proveedor, tiene derecho a recibir un tratamiento.

A continuación, se presentan ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que haya recibido:

Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a nuestra red

Usted puede recibir servicios de emergencia o servicios necesarios con urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor pertenezca a nuestra red o no. En estos casos:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo para los servicios de emergencia o urgencia. Los proveedores de servicios de emergencia tienen la obligación legal de brindar atención de emergencia.
- Si usted paga accidentalmente la totalidad del monto cuando recibe la atención, pídanos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde. Envíenos la factura con los comprobantes de cualquier pago que haya hecho.

-
- Es posible que reciba una factura de un proveedor para que pague algo que usted considera que no corresponde. Envíenos esta factura con los comprobantes de cualquier pago que ya haya hecho.
 - ◆ Si debe pagarse algo al proveedor, nos encargaremos de hacerlo nosotros directamente.
 - ◆ Si ya pagó más que la parte del costo del servicio que le corresponde, determinaremos cuánto le debemos y le reembolsaremos nuestra parte.

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

Los proveedores de la red siempre nos facturan directamente y solo le cobran la parte del costo que le corresponde a usted. Sin embargo, a veces cometen errores y le cobran más de lo que le corresponde pagar.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales independientes como “facturación de saldos”. Esta protección (que evita que pague más del monto del costo compartido) se aplica incluso cuando nosotros le paguemos al proveedor menos de lo que este cobre por un servicio, y aun cuando haya una disputa y no le paguemos ciertos cargos al proveedor.
- Si recibe una factura de un proveedor de la red y considera que es por un monto mayor del que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y solucionaremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos que hizo y solicite que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto adeudado de acuerdo con nuestro plan.

Si usted está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo alguno de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le reembolsemos por nuestro porcentaje de los costos. Deberá presentarnos los documentos como recibos y facturas para que procesemos el reembolso.

Cuando surte una receta médica en una farmacia que no pertenece a la red

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que esta no pueda enviarnos el reclamo de manera directa. Si ocurre esto, deberá pagar el costo total de la receta médica.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que paguemos la parte del costo que nos corresponde. Recuerde que solo cubrimos recetas médicas que se surtan en farmacias fuera de la red solamente en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información sobre estas circunstancias.

Cuando pague el costo total de una receta médica porque no tiene la tarjeta de membresía del plan con usted

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted, puede pedir a la farmacia que nos llame o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita rápidamente, es posible que usted deba pagar el costo total de la receta.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que paguemos la parte del costo que nos corresponde.

Cuando paga el costo total de una receta médica en otras circunstancias

Es posible que pague el costo total de una receta médica al enterarse de que, por algún motivo, el medicamento no tiene cobertura.

- Por ejemplo, el medicamento quizás no esté incluido en nuestra **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2023** o podría estar sujeto a un requisito o restricción que usted no conocía o no creyó que se aplicaría en su caso. Si decide comprar el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago. En ciertos casos, es posible que debamos obtener más información de su médico para reembolsarle la parte del costo que nos corresponde.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones sobre la cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento hay información sobre cómo presentar una apelación.

Sección 2 — Cómo solicitar el reembolso o el pago de una factura que recibió

Puede solicitar que le hagamos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, envíela junto con la factura y los comprobantes de cualquier pago que haya hecho. Le aconsejamos que haga una copia de la factura y los recibos para que los tenga como registro. Debe presentarnos su reclamo dentro de los 12 meses (reclamos médicos de la Parte C) y dentro de los 36 meses (reclamos de medicamentos de la Parte D) después de la fecha en que recibió el servicio, concepto o medicamento.

Para asegurarse de que nos envíe toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamación para solicitar un reembolso. No es necesario que utilice el formulario, pero si lo hace nos ayudará a procesar la información más rápidamente. Puede presentar un reclamo para solicitar el pago mediante:

- El envío de nuestro formulario electrónico tras completarlo en **kp.org** y la carga de la documentación de respaldo.
- Puede descargar el formulario en nuestro sitio web (**kp.org**) o solicitar que le envíen uno llamando a Servicio a los Miembros. Envíe el formulario completo a la dirección de nuestro Departamento de Reclamaciones que se indica a continuación.

- Si no puede obtener el formulario, puede presentar su solicitud de pago enviándonos la siguiente información a la dirección de nuestro Departamento de Reclamaciones que se indica a continuación:
 - ◆ Una declaración con la siguiente información:
 - Su nombre (nombre del miembro/paciente) y número de historia clínica/de salud.
 - La fecha en la que recibió los servicios.
 - El lugar en donde recibió los servicios.
 - Quién prestó los servicios.
 - Por qué considera que nosotros deberíamos pagar los servicios.
 - Su firma y fecha de firma. (Si desea que otra persona que no sea usted realice la solicitud, también necesitaremos que complete un formulario de “Designación de representante”, que se encuentra disponible en **kp.org**).
 - ◆ Una copia de la factura, su historia clínica por estos servicios y su recibo si pagó por los servicios.

Envíe su solicitud de pago por correo, junto con cualquier factura o recibos de pago a la siguiente dirección:

Kaiser Permanente
Claims Department
Mid-Atlantic States Region
P.O. Box 371860
Denver, CO 80237-9998

Sección 3 — Consideraremos su solicitud de pago y responderemos sí o no

Sección 3.1 – Verificaremos si deberíamos cubrir el servicio o medicamento y cuánto nos corresponde pagar

Una vez que recibamos su solicitud de pago, le diremos si necesitamos que nos envíe información adicional. Si no es necesario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la cobertura.

- Si determinamos que la atención médica o el medicamento tiene cobertura y usted cumplió todas las reglas, pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor
- Si determinamos que la atención médica o el medicamento no tiene cobertura, o que usted no cumplió con todas las reglas, no pagaremos el porcentaje del costo que nos corresponde. Le enviaremos una carta que explique las razones por las que no le enviamos el pago y su derecho de apelar esa decisión.

Sección 3.2 – Si le respondemos que no pagaremos en todo o en parte la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Esto significa que nos pide que cambiemos la decisión de denegar su solicitud de pago.

La apelación es un proceso formal, con procedimientos detallados y plazos importantes. Para ver más detalles sobre cómo de presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

Capítulo 8 — Sus derechos y responsabilidades

Sección 1 — Debemos respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro de nuestro plan

Sección 1.1 – Debemos proporcionar la información de un modo adecuado para usted y que sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos al inglés, en letra grande o en braille)

Nuestro plan está obligado a garantizar que todos los servicios, clínicos y no clínicos, se brinden de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con habilidades de lectura y dominio del inglés limitadas, discapacidad auditiva o a los miembros de diversos orígenes étnicos y culturales. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, de teletipo o TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación disponibles sin costo para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible en español llamando a Servicio a los Miembros. Si la necesita, también podemos darle, sin costo, información en Braille o en letra grande. Tenemos la obligación de darle información acerca de los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de una forma que se adapte a sus necesidades, por favor llame a Servicio a los Miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si los proveedores de nuestra red para una especialidad no están disponibles, es nuestra responsabilidad buscar proveedores fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas dentro de nuestra red que cubran el servicio que necesita, llámenos para recibir información sobre a dónde acudir para obtener este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en salud femenina o encontrar un especialista de la red, por favor llame para presentar una queja formal ante Servicio a los Miembros. También puede presentar una queja en Medicare llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** o directamente en la Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019** o al TTY **1-800-537-7697**.

Sección 1.1: We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, large print, braille, or CD)

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English-speaking members. This document is available in English by calling Member Services. We can also give you information in Braille or large print if you need it. We are required to give you information about our plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call our Member Services.

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

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

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

Sección 1.2 – Debemos asegurarnos de que tenga acceso en tiempo y forma a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red para proporcionarle y coordinar sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una referencia, así como a los demás proveedores que se describen en el Capítulo 3, Sección 2.2.

Tiene el derecho a hacer citas y recibir los servicios cubiertos de nuestra red de proveedores en un plazo razonable. Esto incluye el derecho a recibir servicios de especialistas de forma oportuna cuando necesita dicha atención. También tiene el derecho de que se le surtan o resurtan sus recetas médicas en cualquiera de las farmacias dentro de nuestra red sin largos retrasos.

Si considera que no recibe la atención médica y los medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, en el Capítulo 9 encontrará información sobre qué puede hacer al respecto.

Sección 1.3 – Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Existen leyes federales y estatales que protegen la privacidad de su historia clínica y de su información médica personal. y nuestro plan las cumple.

- Su “información médica personal” incluye todos los datos personales que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan, su historia clínica y otra información médica y de la salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con la limitación del uso de su información médica. Le entregamos un aviso por escrito, llamado "Aviso sobre prácticas de privacidad", donde se describen estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización tenga acceso a sus expedientes o los modifique.
- Con excepción de las circunstancias que se describen a continuación, si planeamos darle su información médica a alguien que no le esté proporcionando atención o pagando por ella, primero tenemos la obligación de obtener su permiso escrito o el de alguien que tenga la autoridad legal para tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones, que están contempladas en la ley o que son un requisito legal. en las que no es necesario que le solicitemos previamente un permiso por escrito.
 - ◆ Tenemos la obligación de revelar información médica a las agencias del gobierno que supervisan la calidad de la atención.
 - ◆ Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, también tenemos el deber de compartir su información médica con Medicare, incluida la relacionada con sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a las normas y los estatutos federales; por lo general, se exige que la información que permita identificarle no sea compartida.

Usted tiene derecho a ver la información que aparece en sus expedientes y a saber cómo se comparte con otros

Usted tiene el derecho de ver su historia clínica que guarda nuestro plan y de recibir una copia de su expediente. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos datos o corrijamos la información que aparece en su historia clínica. Si nos pide que lo hagamos, colaboraremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben hacerse.

Tiene el derecho de saber cómo se ha compartido su información con terceros para cualquier fin que no sea rutinario.

Por favor llame a Servicio a los Miembros si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información médica personal.

Sección 1.4 – Tenemos la obligación de proporcionarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a recibir varios tipos de información de nosotros.

Por favor llame a Servicio a los Miembros si necesita alguno de los siguientes tipos de información:

- **Información sobre el plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero de nuestro plan,
- **Información sobre nuestros proveedores y las farmacias de la red.**
 - ◆ Tiene el derecho a recibir información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de la red, y cómo les pagamos a los proveedores que están en nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la use.**
 - ◆ Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
 - ◆ El Capítulo 9 brinda información sobre la solicitud de una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto en su caso, o bien se aplica algún tipo de restricción.
 - ◆ El Capítulo 9 también brinda información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, que también se llama apelación.

Sección 1.5 – Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones relacionadas con su atención médica

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

Cuando obtiene servicio de atención de la salud, tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Los proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento de tal manera que usted pueda comprenderlas.

También tiene derecho a participar en todas las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre el tratamiento más adecuado para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Recibir información sobre todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, independientemente de cuánto cuesten o de si tienen cobertura de nuestro plan. También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan, para ayudar a que los miembros manejen y usen los medicamentos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen acerca de todos los riesgos relacionados con su atención. Deben notificarle por adelantado si cualquier tipo de atención médica o tratamiento propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene derecho a negarse a recibir tratamientos experimentales.

- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye la opción de abandonar un hospital u otro centro médico, aun si los médicos le recomiendan que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted es enteramente responsable de lo que pudiera sucederle a su cuerpo como consecuencia de esto.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué desea que se haga si no puede tomar sus propias decisiones relacionadas con su atención médica

A veces, como consecuencia de un accidente o una enfermedad grave, una persona queda imposibilitada de tomar decisiones sobre su atención médica. Tiene derecho a indicarnos qué desea que se haga si en algún momento le sucede algo como esto. Esto significa que, si lo desea, puede:

- Llenar un formulario por escrito para otorgar a una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre si usted no puede hacerlo.
- Dar a sus médicos instrucciones por escrito sobre cómo desea que gestionen su atención médica si algún día se vuelve incapaz de tomar decisiones usted mismo.

El documento legal que puede usar en estas situaciones para transmitir sus indicaciones con antelación se llama **“instrucciones por anticipado”**. Hay diferentes tipos de instrucciones por anticipado y diferentes maneras de llamarlas. Los documentos llamados **“testamento vital”** y **“poder legal para la atención médica”** son dos ejemplos.

Si desea usar unas "instrucciones por anticipado" para proporcionar sus indicaciones, haga lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones por anticipado de su abogado o un trabajador social, o conseguirlo en algunas tiendas de materiales para oficina. A veces puede conseguir este formulario a través de organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicio a los Miembros para solicitar los formularios.
- **Llene y firme el formulario.** Independientemente de dónde obtenga el formulario, recuerde que es un documento legal. Le recomendamos que pida a un abogado que le ayude a redactarlo.
- **Entregue copias a las personas correspondientes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona a la que nombre en el formulario para que tome decisiones por usted en caso de que usted no pueda. Se aconseja entregar copias a algunos amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha preparado un documento de instrucciones por anticipado, lleve una copia al hospital.

- En el hospital le preguntarán si ya firmó un formulario de instrucciones por anticipado y si lo lleva.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado, en el hospital, habrá formularios disponibles y, cuando llegue, le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que usted decide si quiere o no llenar un formulario de instrucciones por anticipado (incluida la decisión de firmar uno si está en el hospital). Según lo dispone la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo porque haya o no haya firmado un formulario de instrucciones por anticipado.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si usted firmó un formulario de instrucciones por anticipado y considera que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones que ahí se indican, puede presentar una queja ante: State Corporation Commission, Virginia Bureau of Insurance, P.O. Box 1157, Richmond, VA 23218.

Sección 1.6 – Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que volvamos a considerar decisiones que ya habíamos tomado

Si tiene problemas, dudas o quejas y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica qué puede hacer. Tenemos la obligación de tratarle con imparcialidad cuando pida una decisión sobre la cobertura o presente una apelación o una queja informal.

Sección 1.7 – ¿Qué puede hacer si considera que no recibe un trato justo o que no se respetan sus derechos?

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

Si cree que no recibe un trato justo, que no se le trató con dignidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, incapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad o país de origen, debe llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019** o TTY **1-800-537-7697**, o a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otro motivo?

Si cree que no recibe un trato justo o que no se han respetado sus derechos, y no se trata de un caso de discriminación, puede obtener ayuda para solucionar su problema:

- Puede llamar a Servicio a los Miembros.
- Puede llamar a SHIP. Consulte el Capítulo 2, Sección 3 para obtener información más detallada.
- O puede llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY **1-877-486-2048**).

Sección 1.8 – Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varias formas de obtener más información sobre sus derechos:

- **Puede llamar a Servicio a los Miembros.**
- **Puede llamar a SHIP.** Consulte el Capítulo 2, Sección 3 para obtener información más detallada.

- **Puede comunicarse con Medicare:**
 - ◆ Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Sus Derechos y Protecciones con Medicare". (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - ◆ O puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY **1-877-486-2048**).

Sección 1.9 – Información sobre evaluaciones de nuevas tecnologías

El acelerado cambio de la tecnología afecta la atención médica y la medicina tanto como a cualquier otra industria. Para determinar si un nuevo medicamento u otro desarrollo médico genera beneficios a largo plazo, nuestro plan vigila y evalúa cuidadosamente nuevas tecnologías para incluirlas como beneficios cubiertos. Estas tecnologías incluyen procedimientos médicos, dispositivos médicos y nuevos medicamentos.

Sección 1.10 – Usted puede hacer sugerencias sobre derechos y responsabilidades

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a realizar recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades que se incluyen en este capítulo. Si tiene sugerencias, por favor llame a Servicio a los Miembros.

Sección 2 — Usted tiene algunas responsabilidades como miembro de nuestro plan

Consulte a continuación las cosas que debe hacer al ser miembro de nuestro plan. Si alguna pregunta, por favor llame a Servicio a los Miembros.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe cumplir para obtenerlos.** Consulte en esta **Evidencia de Cobertura** qué servicios están cubiertos para usted y qué reglas debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.
 - ◆ En el Capítulo 3 y Capítulo 4, se brinda información detallada sobre sus servicios médicos.
 - ◆ En el Capítulo 5 y Capítulo 6, se describe la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otro tipo de cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de la de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos al respecto.**
 - ◆ El Capítulo 1 informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan siempre que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.

- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a atenderlo mejor: proporciónese toda la información que necesitan, hágales preguntas y siga sus instrucciones de tratamiento.**
 - ◆ Para obtener la mejor atención, cuénteles a sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Debe seguir las instrucciones y los planes de tratamiento que acordó con sus médicos.
 - ◆ Asegúrese de que sus médicos sepan cuáles son todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
 - ◆ Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y recibir una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Se espera que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También se espera que se comporte de forma que no perturbe el funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de los pagos siguientes:
 - ◆ Debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B para seguir siendo miembro del plan.
 - ◆ Al recibir la mayor parte de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar el porcentaje del costo que le corresponde, es decir, un copago (cantidad fija) o un coseguro (un porcentaje del costo total).
 - ◆ Si tiene que pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe seguir pagándole directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si cambia de domicilio sin salir del área de servicio del plan,** llame para que podamos actualizar su información de membresía y sepamos cómo comunicarnos con usted.
- **Si cambia de domicilio fuera del área de servicio del plan,** no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios).

Capítulo 9 — Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)

Sección 1 — Introducción

Sección 1.1 – Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican dos tipos de procesos para solucionar problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe usar el proceso para decisiones sobre la cobertura y apelaciones.
- Para otros problemas, debe usar el proceso para presentar quejas, también llamadas quejas formales.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene reglas, procedimientos y plazos que se aplican tanto a usted como a nosotros.

La guía que aparece en la Sección 3 de este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto y lo que debe hacer.

Sección 1.2 – ¿Qué pasa con los términos legales?

Algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo tienen nombres legales. La mayoría de las personas no están familiarizadas con muchos de estos términos y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar la comprensión, en este capítulo:

- Se utilizan palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, decimos “presentar una queja” en lugar de “interponer una queja formal”, “decisión sobre la cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.
- También tratamos, en lo posible, de evitar el uso de abreviaturas.

No obstante, a veces, puede ser útil (e importante) conocer el término legal correcto. Saber qué términos usar puede ayudarle a comunicar su problema de forma más precisa para obtener la ayuda o la información acorde a su situación. Para ayudarle a saber qué términos debe usar, al explicar los detalles sobre qué hacer en situaciones específicas, hemos incluido los términos legales correspondientes.

Sección 2 — Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Si bien estamos siempre disponibles para ofrecerle ayuda, en ciertas situaciones, tal vez le convenga recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Incluso si tiene una queja sobre cómo lo tratamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, siempre debería comunicarse con Servicio a los Miembros para obtener ayuda. en ciertas situaciones, tal vez le convenga recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se encuentran dos entidades que pueden ayudarle.

Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa del gobierno que cuenta con consejeros capacitados, y no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Estos asesores pueden ayudarlo a entender qué proceso usar para solucionar su problema. También pueden responder sus preguntas, proporcionarle más información y darle indicaciones sobre qué debe hacer.

Los servicios de los consejeros del SHIP no tienen costos. Encontrará los números de teléfono y el enlace al sitio web en el Capítulo 2, Sección 3, de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Cómo comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Sección 3 — ¿Qué proceso debe seguir para solucionar su problema?

Si tiene un problema o inquietud, solamente necesita leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La siguiente guía le ayudará.

¿ Su problema o inquietud está relacionado con los beneficios o la cobertura?

Aquí se incluyen problemas como, por ejemplo, si un servicio de atención médica o medicamento recetado tiene cobertura o no, el tipo de cobertura que tiene y los problemas relacionados con el pago de la atención médica y los medicamentos recetados.

- **Sí**
 - ◆ Vaya a la sección siguiente de este capítulo, Sección 4: “Guía básica sobre apelaciones y decisiones de cobertura”.
- **No.**
 - ◆ Vaya a la Sección 10 al final de este capítulo: “Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas”.

DECISIONES SOBRE LA COBERTURA Y APELACIONES

Sección 4 — Guía básica sobre apelaciones y decisiones de cobertura

Sección 4.1 – Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: Panorama general

Las decisiones sobre la cobertura y apelaciones se usan para problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluido el pago. Este proceso se aplica cuando se intenta determinar si algo tiene o no cobertura y qué tipo de cobertura es.

Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura antes de recibir servicios

Una decisión sobre la cobertura es cuando tomamos una decisión sobre los beneficios y la cobertura, o sobre cuánto pagará el plan por los servicios médicos y los medicamentos que usted usa. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión (favorable) sobre la cobertura para usted cada vez que recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red lo refiere a un médico especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión sobre la cobertura, en caso de que su médico no esté seguro de si un servicio médico específico está cubierto o se niegue a proporcionar la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

También estamos tomando una decisión sobre la cobertura para usted cuando determinamos qué tiene cobertura para usted y cuánto pagamos nosotros. En algunos casos podemos decidir que un servicio o medicamento no tiene cobertura o que Medicare ya no lo cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión sobre la cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión sobre la cobertura, ya sea antes o después de que se reciba el servicio, y usted no está de acuerdo, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión que tomamos sobre la cobertura.

En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “apelación acelerada” de una decisión sobre la cobertura. Revisores distintos a los que tomaron la decisión original evaluarán su apelación.

Cuando presenta una apelación por primera vez, se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisaremos la decisión que tomamos sobre la cobertura para analizar si se siguieron las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le daremos a conocer nuestra decisión. En circunstancias limitadas, se rechazará una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si no desestimamos su caso pero rechazamos la totalidad de la apelación de Nivel 1 o parte ella, puede continuar con una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 estará a cargo de una organización de revisión independiente sin relación con nosotros. (Las apelaciones por servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2; no es necesario que usted haga nada. Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos toda su apelación o parte de ella, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la Sección 6 de este capítulo). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda pasar a varios niveles más de apelación (en la Sección 9 de este capítulo, se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 – Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión sobre la cobertura o presenta una apelación

Si desea solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación, le recomendamos los siguientes recursos:

- **Puede llamarnos a Servicio a los Miembros.**
- **Puede solicitar ayuda gratuita** a su **Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.**
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Por favor llame a nuestro Servicio a los Miembros para solicitar el formulario de “Designación de un representante”. (También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en kp.org.
 - ◆ Para la atención médica o los medicamentos recetados de Medicare Parte B, su médico puede solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 se deniega, será enviada al Nivel 2 automáticamente.
 - ◆ Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que le expida recetas puede solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 se deniega, su médico u otro profesional que le expida recetas puede presentar una apelación de Nivel 2.

- **Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona como su “representante” para que solicite una decisión sobre la cobertura o presente una apelación.
 - ◆ Si desea que un amigo, un familiar, u otra persona sea su representante, llame a Servicio a los Miembros y solicite el formulario “Designación de un representante”. (También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en kp.org). El formulario autoriza a la persona designada a actuar en su nombre. Debe incluir su firma y la de la persona que usted designe como su representante. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - ◆ Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo hayamos recibido. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación se desestimará. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito en la que le explicaremos su derecho a solicitarle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión para denegar su solicitud.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado o buscar uno en el colegio local de abogados o a través de otro servicio de referencias. También existen grupos que ofrecen servicios legales sin costo, si usted califica para recibirlos. Sin embargo, si desea solicitar cualquier tipo de decisión sobre la cobertura o presentar una apelación, no es obligatorio contratar a un abogado.

Sección 4.3 – ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles sobre su situación?

Hay cuatro situaciones diferentes en las que se usan decisiones sobre la cobertura y apelaciones. Como las reglas y los plazos aplicables dependen de cada situación, incluimos información detallada de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo pedirnos cobertura para una extensión de la hospitalización si cree que el médico le da el alta antes de tiempo”.
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitar que extendamos la cobertura para ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo” (solo para estos servicios: atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada y servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)).

Si no está seguro de cuál es la sección que debe usar, por favor llame a Servicio a los Miembros. También puede recibir ayuda o información de organizaciones gubernamentales, tal como su SHIP.

Sección 5 — Su atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación de una decisión sobre la cobertura

Sección 5.1 – En esta sección se explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si desea que le reembolsemos la parte del costo de su atención que nos corresponde pagar

En esta sección se describen sus beneficios para servicios y atención médica. Son los beneficios que se describen en el Capítulo 4 de este documento: “Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)”. Para simplificar, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica”, que incluye artículos y servicios médicos así como los medicamentos recetados de Medicare Parte B. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento recetado de Medicare Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos recetados de Medicare Parte B son diferentes de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le dice qué puede hacer si se encuentra en una de las cinco siguientes situaciones:

- No recibe un cierto tipo de atención médica que necesita y cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión sobre la cobertura. Sección 5.2.**
- No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor médico necesitan proporcionarle y cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión sobre la cobertura. Sección 5.2.**
- Recibió servicios o atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, pero nos negamos a pagarlos. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
- Recibió y pagó servicios o atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir y desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de esa atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
- Se le informa que se reducirá o se cancelará la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado antes, y considera que esta reducción o cancelación podría afectar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se cancelará es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada o servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), debe consultar las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Estos tipos de atención están sujetos a normas especiales.

Sección 5.2 – Paso a paso: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura

Términos legales

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

Paso 1: Decida si necesita una “decisión normal sobre la cobertura” o una “decisión rápida sobre la cobertura”.

Una “decisión normal sobre la cobertura” se suele tomar entre 72 horas y 14 días para los medicamentos de la Parte B. Una “decisión rápida sobre la cobertura” se suele tomar entre 24 horas para los medicamentos de la Parte B y 72 horas para los servicios médicos.

Debe cumplir dos requisitos para obtener una decisión rápida sobre la cobertura:

- Solo puede solicitar cobertura para atención médica que aún no ha recibido.
- Puede obtener una decisión rápida de cobertura solo si el uso de los plazos estándar podría afectar gravemente su salud o dañar su capacidad de llevar a cabo sus funciones de forma normal.
- Si su médico nos informa que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura", aceptaremos automáticamente proporcionársela.
- Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si su estado de salud requiere una decisión rápida de cobertura. Si no aprobamos la decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta para informarle lo siguiente:
 - ◆ Que explique la implementación de plazos estándares.
 - ◆ Si su médico solicita una decisión rápida sobre la cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
 - ◆ Cómo puede presentar una “queja acelerada” acerca de nuestra decisión de darle una decisión normal sobre la cobertura en vez de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó.

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión sobre la cobertura o una decisión rápida sobre la cobertura.

- El primer paso es llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Tanto usted como su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le respondemos.

Para las decisiones normales sobre la cobertura, usamos un plazo estándar.

Esto quiere decir que le responderemos en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- Sin embargo, si nos solicita más tiempo, o si necesitamos más información que lo pueda beneficiar **podemos tomarnos hasta 14 días** más si la solicitud se trata de un medicamento o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

- Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja acelerada”. Le responderemos la queja cuando tomemos la decisión. El proceso para presentar una queja informal es diferente del que se usa para solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas).

Para decisiones rápidas sobre la cobertura, utilizamos un período acelerado.

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

- Sin embargo, **podemos tardar hasta otros 14 días** si nos solicita más tiempo o si necesitamos obtener más información que pudiese beneficiarlo. Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja acelerada”. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tengamos una decisión.
- **Si respondemos no a parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una nota por escrito para explicarle el motivo de nuestra decisión.

Paso 4: Si respondemos que no a su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.

- Si decimos no, usted tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Esto implica volver a solicitar la cobertura para la atención médica que desea. Si presenta otra apelación, significa que usted pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 – Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales	Una apelación presentada ante el plan para cambiar una decisión sobre la cobertura de atención médica se llama una “ reconsideración ”. Una “apelación acelerada” también se denomina “ reconsideración acelerada ”.
-------------------------	---

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación acelerada”.

Una “apelación estándar” suele presentarse en un plazo de 30 días. Una “apelación acelerada” suele presentarse en un plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deben determinar si se necesita una “apelación acelerada”. Le proporcionaremos una “apelación acelerada” si su médico nos informa que la necesita debido a su estado de salud.

- Los requisitos para obtener una "apelación acelerada" son los mismos que los que se necesitan para una "decisión acelerada sobre la cobertura", y se describen en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

- Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito. El Capítulo 2 incluye información de contacto.
- Si solicita una apelación acelerada, preséntela por escrito o llámenos. El Capítulo 2 incluye información de contacto.
- Debe presentar la solicitud de apelación a más tardar en un plazo de 60 días calendario después de la fecha que aparezca en el aviso por escrito que le enviemos para informarle nuestra respuesta respecto de la decisión sobre la cobertura. Si no presenta la apelación en este plazo, pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, explique la razón por la cual está presentando su apelación con retraso cuando la presente. Es posible que podamos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa pueden ser, entre otros, una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- Puede pedirnos una copia de toda la información relacionada con su decisión médica. Si tiene información adicional que respalda su apelación, usted y su médico pueden añadirla. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le respondemos.

- Cuando el plan revisa su apelación, evaluamos cuidadosamente toda la información. Revisamos para determinar si hemos seguido todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si necesitamos más información, es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una “apelación acelerada”

- Para apelaciones aceleradas, debemos responderle **en un plazo de 72 horas** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
 - ◆ Sin embargo, si nos solicita más tiempo, o si necesitamos más información que lo pueda beneficiar **podemos tomarnos hasta 14 días calendario** más si la solicitud se trata de un medicamento o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
 - ◆ Si no le respondemos a más tardar en un plazo de 72 horas (o al final del período ampliado, si nos tomamos más días), tenemos la obligación de elevar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 72 horas desde el momento en que recibamos la apelación.

- **Si respondemos que no a una parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y le enviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le avisará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una “apelación estándar”

- Para apelaciones estándar, debemos dar nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B que aún no ha recibido, le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos una respuesta antes si es necesario debido a su condición de salud.
 - ◆ Sin embargo, si nos solicita más tiempo, o si necesitamos más información que lo pueda beneficiar podemos tomarnos hasta 14 días calendario más si la solicitud se trata de un medicamento o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
 - ◆ Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja acelerada”. Cuando presenta una queja acelerada, le respondemos en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas).
 - ◆ Si no le damos una respuesta en el plazo indicado (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura a más tardar en un plazo de 30 días calendario si solicitó un servicio o artículo médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- **Si nuestro plan responde que no a una parte o a la totalidad de su apelación**, le enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 – Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2

Términos legales	El nombre formal de la “ organización de revisión independiente ” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se conoce como “ IRE ”.
-------------------------	--

La organización de revisión independiente es un organismo independiente que contrata Medicare. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si el plan tomó la decisión correcta o debe cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Enviaremos toda la información disponible sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina "expediente del caso". Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente del caso. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
- También tiene derecho a entregar a la organización de revisión independiente cualquier información adicional que usted considere que puede ayudarle con su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si presentó una “apelación acelerada” en el Nivel 1, también tendrá una “apelación acelerada” en el Nivel 2

- Para la “apelación acelerada”, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haberla recibido.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente puede tardar hasta otros 14 días calendario si necesita obtener más información que pudiera beneficiarlo. La organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Si presentó una “apelación estándar” en el Nivel 1, también tendrá una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Para la “apelación estándar”, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** desde que la recibe. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente puede tardar hasta otros 14 días calendario si necesita obtener más información que pudiera beneficiarlo. La organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le responderá.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos de esta.

- Si la organización de revisión dice que sí a parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar la cobertura de atención médica **en un plazo de 72 horas** o prestar el servicio **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para las revisiones rápidas, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.

- Si la organización de revisión dice que sí a parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de Medicare Parte B, debemos autorizar o proporcionar dicho medicamento **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para las revisiones rápidas, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- Si esta organización responde que no a parte o a la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que no debe aprobarse su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se llama “respaldar la decisión” o “denegar la apelación”).
- En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - ◆ Que explique su decisión.
 - ◆ Le notificaremos de su derecho a una apelación de Nivel 3, si el valor en dólares de la cobertura de atención médica solicitada cumple con cierto monto mínimo. La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le informará el valor en dólares necesario que debe reunir para continuar el proceso de apelaciones.
 - ◆ Que indique cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con el siguiente nivel del proceso de apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, consulte las instrucciones sobre cómo hacerlo que se incluyen en la notificación por escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo se explican los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones.

Sección 5.5 – ¿Qué sucede si recibe una factura de atención médica y nos solicita que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde?

El Capítulo 7 describe cuándo es posible que usted necesite pedir un reembolso o que paguemos por una factura que recibió de un proveedor. También se explica cómo debe enviarnos los documentos necesarios para solicitarnos el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión sobre la cobertura

Si nos envía la documentación en la que solicita el reembolso, está solicitando una decisión sobre la cobertura. Para tomar esta decisión, revisaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También nos aseguraremos de que haya cumplido con todas las reglas sobre la cobertura de atención médica.

- Si decimos que sí a su solicitud: Si la atención médica tiene cobertura y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en un plazo de 60 días calendario a partir del momento en que recibamos su solicitud. Si aún no pagó los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

- Si decimos que no a su solicitud: Si la atención médica no tiene cobertura, o usted no cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta para explicarle que no pagaremos los servicios y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación. Esto significa que nos pide que cambiemos la decisión sobre la cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

A fin de presentar esta apelación, siga los pasos del proceso de apelaciones que se describen en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con reembolsos, **tome en cuenta lo siguiente:**

- Debemos dar nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario a partir del momento en que recibamos su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos el costo de un servicio de atención médica que ya recibió y que ya pagó, no puede pedir una apelación acelerada.
- Si la organización de revisión independiente resuelve que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si se responde que sí a su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado en un plazo de 60 días calendario.

Sección 6 — Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 – Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Entre sus beneficios se incluye la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. (Consulte la Capítulo 5 para obtener más información acerca de las indicaciones aceptadas desde el punto de vista médico). Para ver los detalles sobre los medicamentos, normas, restricciones y costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección solo se trata de sus medicamentos de la Parte D.** A fin de simplificar, en lugar de repetir las frases “medicamento recetado y cubierto en pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” usaremos solo “medicamento”. También utilizamos el término “Lista de Medicamentos” en lugar de “Lista de medicamentos cubiertos” o **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2023.**

- Si no sabe si un medicamento tiene cobertura o si cumple con las reglas, puede consultarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si en la farmacia le informan que sus recetas no pueden surtirse del modo en que están escritas, la farmacia le entregará una notificación por escrito en la que se explica cómo comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión sobre la cobertura.

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Términos legales	Una decisión inicial sobre la cobertura respecto a medicamentos de la Parte D se llama “determinación de cobertura” .
-------------------------	--

Una decisión sobre la cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre el monto que pagaremos por los medicamentos que reciba. Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en nuestra **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2023. Pedir una excepción. Sección 6.2.**
- Pedirnos que eliminemos una restricción de cobertura del plan para un medicamento (como un límite en la cantidad que puede recibir de un medicamento). **Pedir una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitarnos pagar un monto menor del costo compartido de un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Pedir una excepción. Sección 6.2.**
- Pedirnos la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión sobre la cobertura. Sección 6.4.**
- Pagar por un medicamento recetado que ya compró. **Pedirnos un reembolso. Sección 6.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión sobre la cobertura que tomamos, puede presentar una apelación.

En esta sección, se explica cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 – ¿Qué es una excepción?

Términos legales	Solicitar cobertura para un medicamento que no se incluye en la Lista de Medicamentos a veces se llama pedir una “excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles” . Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento a veces se llama pedir una “excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles” . Solicitar el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto se llama en ocasiones una “excepción de nivel” .
-------------------------	---

Si un medicamento no está cubierto en la manera en la que usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una **“excepción”**. Una excepción es un tipo de decisión sobre la cobertura

Para que tomemos en cuenta su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que expida recetas deben explicar los motivos médicos. A continuación, se muestran tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no se incluye en la Lista de Medicamentos, tendrá que pagar el monto del costo compartido que se aplica a medicamentos del Nivel 4 para medicamentos de marca no preferidos o medicamentos genéricos del Nivel 2. No puede solicitar una excepción para no pagar el monto del costo compartido que le corresponde para recibir el medicamento.
2. **Quitar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción, puede solicitar una excepción para el monto del copago o coseguro que deba pagar por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos se incluyen en uno de seis niveles de costo compartido. En términos generales, cuanto más bajo sea el número del nivel de costo compartido, menos pagará como su parte del costo del medicamento.
 - ◆ Si la Lista de Medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que están en un nivel menor de costo compartido que su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento por el monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento por el monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene los medicamentos alternativos de marca para tratar su condición.
 - Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento por el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene los medicamentos alternativos de marca o genéricos para tratar su condición.
 - ◆ No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento de Nivel 5 (medicamentos especializados).
 - ◆ Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel inferior de costo compartido con los medicamentos alternativos que no puede tomar, normalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 – Cosas importantes que debe saber sobre las solicitudes de excepciones

Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta deben enviarnos una declaración donde se expliquen los motivos médicos para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápido, recuerde incluir esta información médica de su médico u otro profesional que expida recetas al solicitar la excepción.

En general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición determinada. Estas diversas opciones se llaman medicamentos **“alternativos”**. En general, no aprobaremos su solicitud de una excepción si se establece que un medicamento alternativo tendría la misma eficacia que el medicamento que solicita y no provocaría más efectos secundarios u otros problemas de salud. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general, no la aprobaremos a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido inferiores no sean adecuados para usted o es probable que le cause una reacción adversa o un daño.

Le responderemos sí o no a su solicitud

- Si aceptamos su solicitud de una excepción, por lo general, la aprobación tendrá validez hasta el final del año del plan, siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición. siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si el plan responde que no a su solicitud, usted tiene derecho a solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 – Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos legales	Una “decisión rápida sobre la cobertura” se denomina “determinación acelerada de cobertura” .
-------------------------	--

Paso 1: Decida si necesita una “decisión normal sobre la cobertura” o una “decisión rápida sobre la cobertura”.

Las “decisiones normales sobre la cobertura” se realizan **en un plazo de 72 horas** después de la recepción de la declaración de su médico. Las “decisiones rápidas sobre la cobertura” se realizan **en un plazo de 24 horas** después de la recepción de la declaración de su médico.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una “decisión rápida sobre la cobertura”. Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir con dos requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no haya recibido. (Usted no puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura cuando se trata del reembolso de un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándar podría causar daños graves a su salud o perjudicar su bienestar.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos informan que su estado de salud requiere una “decisión rápida sobre la cobertura”, le daremos decisión rápida sobre la cobertura automáticamente.**

- **Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta**, sin el respaldo de su médico u otro profesional que receta, decidiremos si su estado de salud requiere que tomemos este tipo de decisión. Si no aprobamos la decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta para informarle lo siguiente:
 - ◆ Que explique la implementación de plazos estándares.
 - ◆ Que indique que, si su médico u otro profesional que receta solicitan una decisión rápida sobre la cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
 - ◆ Que le informe sobre cómo puede presentar una “queja acelerada” acerca de nuestra decisión de darle una decisión normal sobre la cobertura en vez de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. Responderemos a su queja **en un plazo de 24 horas** de haberla recibido.

Paso 2: Solicite una “decisión normal sobre la cobertura” o una “decisión rápida sobre la cobertura”.

El primer paso es llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión sobre la cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo CMS, que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo rechazado está apelando.

Tanto usted como su médico (u otro profesional que receta) o su representante pueden hacer esto. También puede designar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo dice cómo otorgar un permiso por escrito a alguien más para que actúe como su representante.

- Si solicita una excepción, recuerde incluir la “declaración de respaldo” que contiene los motivos médicos para la excepción. Su médico u otro profesional que recete medicamentos pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O el médico u otro profesional que le expida recetas pueden explicarnos los razones por teléfono y, si es necesario, enviarnos después la declaración escrita por fax o correo.

Paso 3: Evaluamos su solicitud y le respondemos.

Plazo para una “decisión rápida sobre la cobertura”

- Por lo general, debemos responderle **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido su solicitud.
 - ◆ Para excepciones, le daremos una respuesta **en un plazo de 24 horas** a partir de la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
 - ◆ Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 24 horas desde la recepción de su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.

- **Si respondemos que no a una parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos responderle **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.
 - ◆ Para excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
 - ◆ Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar **en un plazo de 72 horas** desde la recepción de su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.
- **Si respondemos que no a una parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una "decisión normal de cobertura" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos dar nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario a partir del momento en que recibamos su solicitud.
 - ◆ Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, también estaremos obligados a pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si respondemos que no a una parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si respondemos que no a su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

Si decimos no, usted tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Esto implica volver a solicitar la cobertura para los medicamentos que desea. Si presenta otra apelación, significa que usted pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 – Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales	Una apelación para cambiar una decisión sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una “redeterminación” del plan. Una “apelación acelerada” también se denomina “redeterminación rápida” .
-------------------------	---

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación acelerada”.

Una “apelación estándar” suele presentarse en un plazo de 7 días. Una “apelación acelerada” suele presentarse en un plazo de 72 horas. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una “apelación acelerada”.

- Si planea apelar una decisión del plan sobre la cobertura de un medicamento que aún no ha recibido, usted, su médico u otro profesional que receta deberán determinar si se necesita una "apelación acelerada".
- Los requisitos para obtener una “apelación acelerada” son los mismos que los que se necesitan para una “decisión rápida sobre la cobertura”, y se describen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que receta debe contactarnos para presentar su apelación de Nivel 1. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una "apelación acelerada".

- Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- Para apelaciones aceleradas, envíelas por escrito o llámenos al **1-888-777-5536**. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Determinación de la Cobertura Modelo CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- Debe presentar la solicitud de apelación a más tardar en un plazo de 60 días calendario después de la fecha que aparezca en el aviso por escrito que le enviemos para informarle nuestra respuesta respecto de la decisión sobre la cobertura. Si no presenta la apelación en este plazo, pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, explique la razón por la cual está presentando su apelación con retraso cuando la presente. Es posible que podamos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa pueden ser, entre otros, una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- Puede solicitar una copia de la información que aparece en su apelación y agregar más datos. Si tiene información adicional que respalda su apelación, usted y su médico pueden añadirla. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le respondemos.

- Cuando el plan revisa su apelación, vuelve a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Revisamos para determinar si hemos seguido todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otra persona que recete para obtener más información.

Plazos para una “apelación acelerada”

- Para apelaciones aceleradas, debemos responderle **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
 - ◆ Si no le damos una respuesta **en un plazo de 72 horas**, debemos elevar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos brindar la cobertura que hayamos acordado brindar **en un plazo de 72 horas** después de recibir su apelación.
- **Si respondemos no en todo o en parte a su solicitud**, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle nuestros motivos y cómo puede apelar a nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar” de un medicamento que todavía no haya recibido

- Para apelaciones estándar, debemos dar nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** a partir del momento en que recibamos su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y es necesario debido a su condición médica.
 - ◆ Si no le damos una respuesta en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la evaluará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos brindar la cobertura aprobada lo antes posible según sea necesario de acuerdo a su problema médico, pero, a más tardar, **7 días calendario** después de haber recibido la apelación.
- **Si respondemos no en todo o en parte a su solicitud**, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle nuestros motivos y cómo puede apelar a nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos dar nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** a partir del momento en que recibamos su solicitud.
 - ◆ Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, también estaremos obligados a pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si respondemos que no a una parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si respondemos no a su apelación, usted tiene derecho a continuar con el proceso y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación significa que usará el Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 6.6 – Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos legales	El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se conoce como “ IRE ”.
-------------------------	---

La organización de revisión independiente es un organismo independiente que contrata Medicare. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si el plan tomó la decisión correcta o debe cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe contactar a la organización de revisión independiente y solicitar que revisen su caso.

- Si respondemos no a su apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso por escrito que incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. En estas instrucciones se explicará quiénes pueden presentar esta apelación de Nivel 2, que plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no terminamos la revisión en el plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable respecto de una decisión “en riesgo” según un programa de control de los medicamentos, le enviaremos su reclamo a la IRE automáticamente.
- Enviaremos toda la información disponible sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina "expediente del caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente del caso.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
- También tiene derecho a entregar a la organización de revisión independiente cualquier información adicional que usted considere que puede ayudarle con su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa la apelación.

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

Plazos para una “apelación acelerada”

- Si su salud así lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una “apelación acelerada”.
- Si la organización la acepta, debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud de apelación.

Plazos para una “apelación estándar”

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión debe responderle la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la fecha en que haya recibido la apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos dinero por un medicamento que ya compró, la organización de revisión 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 responderá.

Para las “apelaciones aceleradas”:

- **Si la organización de revisión independiente responde que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar la cobertura para el medicamento aprobado **en un plazo de 24 horas** desde el momento en que recibimos la decisión de la revisión de la organización.

Para “apelaciones estándar”:

- **Si la organización de revisión independiente responde sí a toda o parte de su solicitud de cobertura**, debemos autorizar la cobertura para el medicamento aprobado **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente responde sí a toda o parte de su solicitud de reembolso** para un medicamento que usted ya compró, tenemos la obligación de enviarle el pago **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde que no a su apelación?

Si esta organización responde que no a parte o a la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama “respaldar la decisión”. También se llama “denegar la apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Que explique su decisión.
- Que le notifique de su derecho a una apelación de Nivel 3, si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con cierto monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es muy bajo, significa que no podrá presentar otra apelación y que la decisión del Nivel 2 será final.
- Que le informe el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con el siguiente nivel del proceso de apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, consulte las instrucciones sobre cómo hacerlo que se incluyen en la notificación por escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7 — Cómo pedirnos cobertura para una extensión de la hospitalización si cree que el médico le da el alta antes de tiempo

Cuando usted es hospitalizado, tiene el derecho de recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos cuando son necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización, colaborará con su médico y el personal del hospital con el fin de prepararse para el día en que será dado de alta. Ellos se encargarán de coordinar cualquier servicio de atención que pudiese necesitar después de salir del hospital.

- El día en que usted abandona el hospital se llama **“fecha del alta”**.
- Una vez que se fija la fecha del alta hospitalaria, su médico o el personal del hospital se la comunicarán.
- Si piensa que el médico le da el alta antes de tiempo, puede pedir que se extienda su hospitalización, y se tendrá en cuenta su solicitud.

Sección 7.1 – Durante su hospitalización, recibirá una notificación por escrito de Medicare con una descripción de sus derechos

Dentro de los dos días después de ser hospitalizado, recibirá un aviso por escrito con el título **“Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”**. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de esta notificación. Si no recibe la notificación de un miembro del personal del hospital (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero), pídasela a un empleado del hospital. Si necesita ayuda, por favor llame a Servicio a los Miembros o **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY **1-877-486-2048**).

- **Lea cuidadosamente este aviso** y pregunte si no entiende algo. Contiene la siguiente información:
 - ◆ Su derecho a recibir servicios cubiertos de Medicare durante y después de su hospitalización, según las indicaciones del médico. Aquí se incluye el derecho a saber qué servicios son, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
 - ◆ Su derecho a participar de las decisiones acerca de su hospitalización.
 - ◆ Dónde acudir si tiene alguna inquietud sobre la calidad de la atención hospitalaria.
 - ◆ Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión sobre su alta hospitalaria si usted piensa que le están dando de alta del hospital muy pronto. Es una manera formal y legal de solicitar un retraso en su fecha de alta hospitalaria de tal manera que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

- **Debe firmar la notificación por escrito** para mostrar que la recibió y que entiende sus derechos.
 - ◆ A usted o a una persona que actúe como su representante se le pedirá que firme la notificación.
 - ◆ Firmar el aviso **solo** demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa su fecha de alta hospitalaria. Firmar la notificación **no significa** que usted acepte una fecha de alta hospitalaria determinada.
- **Guarde una copia** del aviso a mano para tener la información en caso de que necesite presentar una apelación (o informar sobre un problema con la calidad de la atención).
 - ◆ Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
 - ◆ Si desea ver una copia de este aviso con antelación, puede llamar a Servicio a los Miembros o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. También puede consultarlo en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 – Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Si desea que cubramos los servicios hospitalarios durante más tiempo, deberá presentar su solicitud a través del proceso de apelaciones. Antes de comenzar, asegúrese de comprender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, por favor llame a Servicio a los Miembros. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización del gobierno que le brinda asistencia personalizada.

En una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su apelación. Esta entidad comprueba si la fecha programada para el alta hospitalaria es médicamente apropiada en su caso.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica que trabajan para el gobierno federal supervisando y mejorando la calidad de la atención médica que reciben los pacientes de Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con 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 solicite una revisión inmediata de su fecha de alta hospitalaria. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

En la notificación por escrito que recibió (**Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos**) se explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. O consulte 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 con rapidez

- Para presentar su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes de dejar el hospital y **antes de la medianoche del alta hospitalaria**.
 - ◆ **Si cumple con este plazo**, podrá permanecer en el hospital después de su fecha de alta hospitalaria sin pagar mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - ◆ **Si no cumple con este plazo** y decide permanecer en el hospital después de su fecha programada de alta hospitalaria, es posible que deba pagar todos los costos asociados a la atención hospitalaria que reciba después de esta fecha.
- Si vence el plazo para presentar su apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y usted aún quiere presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su fecha de alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día posterior al que se comunican con nosotros, le entregaremos un **Aviso detallado de alta hospitalaria**. Esta notificación incluye su fecha programada para el alta hospitalaria y una explicación de por qué su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que se le dé de alta en esa fecha.

A fin recibir una copia del **Aviso detallado de alta hospitalaria**, puede llamar a Servicio a los Miembros o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**). También puede ver un ejemplo del aviso en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión de su caso de modo independiente.

- 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 considera que debe extenderse la cobertura de los servicios. No es necesario que haga una presentación por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también evaluarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que reciban del hospital y de nosotros.

- Al mediodía del día posterior a que los revisores nos informan sobre su apelación, usted recibirá una notificación por escrito de nuestra parte en la que se indica la fecha programada para el alta hospitalaria. Esta notificación también incluye detalles sobre por qué su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que se le dé de alta en esa fecha.

Paso 3: Una vez que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad obtenga toda la información que necesita, responderá a su apelación a más tardar en un día completo.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión responde que **sí**, **debemos continuar proporcionando sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados con cobertura durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si se aplican). Es posible también que se apliquen limitaciones a sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión responde que **no**, significa que la fecha programada para el alta hospitalaria es apropiada desde el punto de vista médico. En este caso, **nuestra cobertura de los servicios como paciente hospitalizado finalizará** al mediodía del día siguiente al que reciba la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a su apelación.
- Si la organización de revisión responde que no a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria** que reciba a partir del mediodía del día siguiente al día en que reciba la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dice **no** su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha programada para el alta hospitalaria, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted pasará al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 – Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Con una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a evaluar la decisión tomada en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar la totalidad de los costos de su hospitalización después de su fecha programada para el alta hospitalaria.

Paso 1: Comuníquese de nuevo a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

Debe solicitar esta revisión en un plazo de 60 días calendario desde el día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responda **no** a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención que recibía.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su caso.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de la fecha de recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

Si la organización de revisión responde que sí:

- Debemos reembolsarle el porcentaje que nos corresponda de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. Debemos continuar cubriendo la atención como paciente hospitalizado que usted reciba durante todo el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.
- Debe continuar pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión responde que no:

- Esto significa que los revisores están de acuerdo con la decisión tomada en la apelación de Nivel 1. Esto se llama "respaldar la decisión".
- En la notificación que reciba, se explicará por escrito qué pasos debe seguir si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, usted deberá decidir si desea continuar con el proceso y pasar al Nivel 3 de apelaciones.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, consulte las instrucciones sobre cómo hacerlo que se incluyen en la notificación por escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 – ¿Qué sucede si no presenta una apelación de Nivel 1 en el plazo indicado?

Términos legales	Una “revisión acelerada” (o “apelación acelerada”) también se llama “apelación rápida”.
-------------------------	---

Puede presentar la apelación con nosotros.

Tal como se describe antes, debe actuar con rapidez para iniciar su apelación de Nivel 1 sobre la fecha del alta hospitalaria. Si no se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en el plazo indicado, puede presentar su apelación de otro modo.

Si utiliza esta otra forma para presentar su apelación, los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Paso 1: Contáctenos para solicitar una “revisión acelerada”.

- **Solicite una “revisión acelerada”.** Esto significa que usted solicita que le demos una respuesta con un plazo “acelerado” en lugar del plazo “normal”. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Realizamos una “revisión acelerada” de su fecha programada para el alta hospitalaria a fin de determinar si fue médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización para determinar si la fecha programada para el alta hospitalaria era apropiada desde el punto de vista médico. Para determinar si la fecha programada para el alta hospitalaria era apropiada desde el punto de vista médico. Revisaremos la información para ver si la decisión sobre la fecha del alta hospitalaria fue justa y si se siguieron todas las reglas.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una “revisión acelerada”.

- **Si decimos que sí a su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted acerca que de que debe permanecer en el hospital tras la fecha del alta hospitalaria. Debemos continuar cubriendo los servicios de atención como paciente hospitalizado siempre que sean necesarios desde el punto de vista médico. También significa que acordamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Debe pagar su parte de los costos y se podrían aplicar limitaciones de cobertura).
- **Si respondemos que no a su apelación,** significa que la fecha programada para el alta hospitalaria era adecuada desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de los servicios como paciente hospitalizado finaliza el día en que dijimos que terminaría.
- **Si permaneció en el hospital después de la fecha programada para el alta hospitalaria, es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que haya recibido después de esta fecha.**

Paso 4: Si respondemos que no a su apelación, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación alternativa de Nivel 2

Términos legales	El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se conoce como “ IRE ”.
-------------------------	---

La organización de revisión independiente es un organismo independiente que contrata Medicare. No tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si el plan tomó la decisión correcta o debe cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Reenviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** a partir de que hayamos respondido que **no** a su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una “revisión acelerada” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación sobre el alta hospitalaria.
- **Si esta organización responde que sí a su apelación**, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención de hospital que haya recibido desde la fecha programada para el alta hospitalaria. También debemos seguir proporcionando la cobertura de nuestro plan para sus servicios como paciente hospitalizado mientras sea necesaria desde el punto de vista médico. y usted debe continuar pagando su porcentaje de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir la cantidad que le reembolsaremos o el tiempo que seguiremos ofreciendo cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización responde que no a su apelación**, significa que está de acuerdo en que la fecha programada para el alta hospitalaria era apropiada desde el punto de vista médico.
 - ◆ El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le dirá cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, debe elegir si desea avanzar al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores responden que **no** a su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8 — Cómo solicitarnos que extendamos la cobertura para ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo

Sección 8.1 – Esta sección describe solo tres tipos de servicios: Atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada y servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)

Cuando recibe **servicios médicos a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención siempre y cuando sea necesaria para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Debemos informarle con anticipación si decidimos que es momento de dejar de ofrecerle cobertura para cualquiera de estos tres tipos de atención. Al finalizar la cobertura para esa atención, **dejaremos de pagar nuestro porcentaje del costo de su atención.**

Si considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 – Le informaremos con antelación sobre la finalización de su cobertura

Términos legales	“ Notificación de No Cobertura de Medicare ”. En la notificación, se explica cómo puede solicitar una “ apelación por vía rápida ”. Presentar una apelación por la vía rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión sobre cuándo dejar de proporcionarle atención.
-------------------------	--

1. **Recibirá una notificación por escrito** por lo menos dos días antes de que nuestro plan finalice la cobertura para su atención. La notificación contiene la siguiente información:

- La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
- Cómo presentar una “apelación por la vía rápida” para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante más tiempo.

2. **Usted o alguien que actúe en su nombre, deberá firmar la notificación por escrito para mostrar que la recibió y que entiende sus derechos.** Al firmar el aviso, usted solo acepta que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarla no significa que usted esté de acuerdo** con decisión del plan de dejar de proporcionarle atención.

Sección 8.3 – Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá presentar su petición por medio del proceso de apelaciones. Antes de comenzar, asegúrese de comprender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, por favor llame a Servicio a los Miembros. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización del gobierno que le brinda asistencia personalizada.

En una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su apelación. Esta entidad 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 especialistas en atención médica que trabajan para el gobierno federal supervisando y mejorando la calidad de la atención médica que reciben los pacientes de Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es apropiado interrumpir la cobertura de ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación por la vía rápida. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En la notificación por escrito que recibió (**Notificación de No Cobertura de Medicare**), se explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. O consulte 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 con rapidez:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia de la Notificación de No Cobertura de Medicare.**

Su plazo para contactar a esta organización.

- Si se vence el plazo para presentar su apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y aún desea presentar la apelación, deberá hacerlo directamente ante nosotros. Para obtener más detalles sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión de su caso de modo independiente.

Términos legales	“Explicación detallada de no cobertura”. Notificación que contiene información detallada sobre los motivos para finalizar 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 considera que debe extenderse la cobertura de los servicios. No es necesario que haga una presentación por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también evaluará su información médica, hablará con su médico y analizará la información que reciba de nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación; usted también recibirá de nosotros la **Explicación detallada de no cobertura** para explicar en detalle las razones por las que finalizamos nuestra cobertura de sus servicios.

Paso 3: Los revisores le comunicarán su decisión a más tardar en un día completo después de haber recibido toda la información que necesitan.

¿Qué sucede si los revisores responden que sí?

- Si los revisores responden sí a su apelación, debemos continuar cubriendo sus servicios **en tanto sean necesarios desde el punto de vista médico.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si se aplican). Es posible que se apliquen limitaciones a los servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores responden que no?

- Si los revisores responden **no**, entonces **su cobertura finalizará** en la fecha que le hemos indicado.
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que termina su cobertura, **usted deberá pagar el costo total de la atención médica.**

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores responden que no a su apelación de Nivel 1, y usted escoge continuar recibiendo atención después de la fecha en que finalice su cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 – Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Con una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a evaluar la decisión tomada en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de sus servicios de atención médica a domicilio, de sus servicios del centro de enfermería especializada o de sus servicios en el Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese de nuevo a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

Debe solicitar esta revisión en un plazo de 60 días a partir del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió que **no** a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su caso.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En los 14 días siguientes a haber recibido su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde que sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención médica que haya recibido desde la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos continuar** proporcionando cobertura de esta atención mientras sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde que no?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión tomada en la apelación de Nivel 1.
- En la notificación que reciba, se explicará por escrito qué pasos debe seguir si desea continuar con el proceso de revisión. Se describirá en detalle lo que debe hacer para avanzar al siguiente nivel de apelación, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si llevar su apelación a otro nivel.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, consulte las instrucciones sobre cómo hacerlo que se incluyen en la notificación por escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 – ¿Qué sucede si no presenta una apelación de Nivel 1 en el plazo indicado?

Puede presentar la apelación con nosotros.

Tal como se describió antes, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad e iniciar su primera apelación (en un plazo máximo de uno o dos días). Si no se comunica con esta organización en el plazo indicado, puede presentar su apelación de otro modo. Si utiliza esta otra forma para presentar su apelación, los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Términos legales	Una “revisión acelerada” (o “apelación acelerada”) también se llama “apelación rápida”.
-------------------------	---

Paso 1: Contáctenos para solicitar una “revisión acelerada”.

- **Solicite una “revisión acelerada”.** Esto significa que usted solicita que le demos una respuesta con un plazo “acelerado” en lugar del plazo “normal”. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Realizamos una “revisión acelerada” de la decisión que hayamos tomado respecto de cuándo detener la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información sobre su caso. Verificamos si se siguieron todas las normas para establecer la fecha de cancelación de la cobertura que nuestro plan proporciona para los servicios que usted está recibiendo.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una “revisión acelerada”.

- **Si respondemos que sí a su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios durante más tiempo y seguiremos ofreciéndole los servicios cubiertos mientras sean necesarios desde el punto de vista médico. También significa que acordamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Debe pagar su parte de los costos y se podrían aplicar limitaciones de cobertura).
- **Si respondemos no a su apelación**, entonces su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ningún porcentaje de los costos después de esa fecha.
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio o en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que indicamos que terminaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total de la atención médica.**

Paso 4: Si decimos que no a su apelación acelerada, su caso pasará automáticamente al nivel siguiente del proceso de apelaciones.

Términos legales	El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se conoce como “ IRE ”.
-------------------------	---

Paso a paso: Proceso de apelación alternativa de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la organización de revisión independiente revisa la decisión que tomamos respecto de su “apelación acelerada”. Esta organización determina si la decisión debe cambiarse. **La organización de revisión independiente es un organismo independiente que contrata Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que Medicare eligió para que se desempeñe como organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Reenviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** a partir de que hayamos respondido que no a su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una “revisión acelerada” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización responde que sí a su apelación**, debemos reembolsarle nuestro porcentaje de los costos de la atención que haya recibido después de la fecha que habíamos dicho que terminaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo su atención médica mientras sea necesaria desde el punto de vista médico, y usted debe continuar pagando su porcentaje de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir la cantidad que le reembolsaremos o el tiempo que seguiremos ofreciendo cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización responde no a su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan con respecto a su primera apelación y que no la cambiará.
 - ◆ En la notificación que le envía la organización de revisión independiente, se le informa por escrito qué puede hacer si avanzar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, debe elegir si desea avanzar al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, consulte las instrucciones sobre cómo hacerlo que se incluyen en la notificación por escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es revisada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9 — Cómo presentar una apelación de Nivel 3 y superior

Sección 9.1 – Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede serle útil si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del artículo o servicio médico que usted apeló alcanza ciertos niveles mínimos, puede seguir con otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito que recibe a su apelación de Nivel 2 encontrará una explicación sobre cómo debe presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. Abajo se indica quiénes revisan su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador responde que sí a su apelación, el proceso de apelación podría finalizar o no.** A diferencia de una decisión de una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable a usted. Si decidimos apelar, esta decisión pasará a ser una apelación de Nivel 4.
 - ◆ Si decidimos **no** apelar, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en los 60 días calendario siguientes al momento en que recibamos la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
 - ◆ Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 junto con cualquier documento que sea de importancia. Podemos esperar la decisión sobre la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador dicen no a su apelación, el proceso de apelación podría finalizar o no.**
 - ◆ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ◆ Si no quiere aceptar la decisión, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba se le indicará qué hacer para presentar 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 la decisión favorable de una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones podría finalizar o no.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos el derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable a usted. Decidiremos si apelamos esta decisión en el nivel 5.
 - ◆ Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en los 60 días calendario siguientes a que recibamos la decisión del Consejo.
 - ◆ Si decidimos apelar esta decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede finalizar o no.**
 - ◆ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ◆ Si no desea aceptarla, tal vez pueda seguir con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que no a su apelación, en la notificación se indicará si, de acuerdo con las normas, puede continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 5: Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y responderá que sí o no a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 – Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede serle útil si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que usted apeló alcanza cierto monto mínimo en dólares, puede seguir con otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito que recibe a su apelación de Nivel 2 encontrará una explicación sobre con quién debe ponerse en contacto y cómo debe solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. Abajo se indica quiénes revisan su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador haya aprobado **en un plazo de 72 horas** (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones puede finalizar o no.**
 - ◆ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ◆ Si no quiere aceptar la decisión, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba se le indicará qué hacer para presentar 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, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que el Consejo haya aprobado **en un plazo de 72 horas** (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo no mayor a 30 días calendario después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones puede finalizar o no.**
 - ◆ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ◆ Si no desea aceptarla, tal vez pueda seguir con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que no a su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, en la notificación se indicará si, de acuerdo con las normas, puede continuar con una apelación de Nivel 5. En el aviso por escrito también se le informará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si escoge 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 responderá que sí o no a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

Sección 10 — Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas

Sección 10.1 – ¿Qué tipos de problemas se tratan con el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza solo para algunos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, se incluyen ejemplos de los tipos de problemas que se tratan con el proceso de quejas.

- **Calidad de la atención médica**
 - ◆ ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
- **Respeto de su privacidad**
 - ◆ ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
- **Falta de respeto, servicio al cliente inadecuado u otras conductas negativas**
 - ◆ ¿Alguien fue grosero con usted o le faltó al respeto?
 - ◆ ¿Está disconforme con nuestro Servicio a los Miembros?
 - ◆ ¿Siente que lo alientan a abandonar el plan?
- **Tiempos de espera**
 - ◆ ¿Tiene problemas para hacer una cita o debe esperar demasiado para obtenerla?
 - ◆ ¿Debió esperar mucho tiempo a un médico, un farmacéutico o a otro profesional de la salud? ¿O al Servicio a los miembros u otro representante de nuestro plan?
 - ◆ Algunos ejemplos incluyen tener que esperar mucho tiempo por teléfono, en la sala de espera o en la sala de examen, o para obtener una receta médica.
- **Limpieza**
 - ◆ ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
- **Información que recibe de nuestro plan**
 - ◆ ¿No le enviamos una notificación que debíamos enviarle?
 - ◆ ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?

Puntualidad (estos tipos de queja están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones con respecto a las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones)

Si solicitó una decisión sobre la cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud.

Vea aquí algunos ejemplos:

- Puede presentar una queja si nos solicitó una “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación acelerada”, y le respondimos que no.
- Si considera que no estamos cumpliendo los plazos para las decisiones o apelaciones de cobertura, puede presentar una queja.
- Si considera que no estamos cumpliendo los plazos para devolverle o reembolsarle el costo de ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja.
- Si cree que no respetamos los plazos necesarios para enviarle su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 – Cómo presentar una queja

Términos legales	<ul style="list-style-type: none"> • A una “queja” también se le llama una “queja formal”. • A “presentar una queja” también se le llama “interponer una queja formal”. • Al “uso del proceso para quejas” también se le llama “uso del proceso para interponer una queja formal”. • Una “queja acelerada” también se denomina “queja formal rápida”.
-------------------------	---

Sección 10.3 – Paso a paso: Cómo presentar una queja informal

Paso 1: Comuníquese con nosotros lo antes posible, ya sea telefónicamente o por escrito.

- **En general, el primer paso es llamar a Servicio a los Miembros.** Ellos le informarán si es necesario que haga algo más.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme),** puede poner su queja por escrito y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito. También le responderemos por escrito cuando presente una queja por teléfono si solicita una respuesta por escrito o su queja se relaciona con la calidad de la atención.

- **Si tiene una queja informal, intentaremos solucionarla por teléfono.** Si no podemos solucionar su queja por teléfono, usaremos un proceso formal de revisión. Su queja formal debe explicar el problema, debe mencionar, por ejemplo, por qué no está conforme con los servicios que recibió. Consulte el Capítulo 2 para saber con quién debe comunicarse en caso de tener una queja.
 - ◆ Debe presentarnos su queja formal (oralmente o por escrito) en un plazo de 60 días calendario después del evento o incidente. Debemos dar una respuesta a su queja formal tan pronto como sea necesario de acuerdo con su estado de salud, en un plazo máximo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos la queja informal. Es posible que amplíemos el plazo para tomar una decisión hasta 14 días calendario si usted solicita la ampliación del plazo o si justificamos la necesidad de obtener información adicional y el retraso es en su beneficio.
 - ◆ Puede presentar una queja formal acelerada sobre nuestra decisión de no acelerar una decisión sobre la cobertura o una apelación, o si extendemos el plazo que necesitamos para tomar una decisión sobre la cobertura o una apelación. Debemos responder a su queja formal acelerada **en un plazo de 24 horas**.
- El plazo para presentar una queja es de 60 días calendario después de la fecha en que tuvo el problema sobre el cual desea presentar la queja.

Paso 2: Analizamos su queja y le responderemos.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama porque tiene una queja informal, tal vez podamos darle una respuesta durante la misma llamada.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficia, o si usted solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días en total) para responder su queja informal. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación acelerada", automáticamente trataremos su solicitud como una "queja acelerada".** Si presenta una "queja acelerada", le responderemos **dentro de las 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con toda o parte de su queja, o si no asumimos responsabilidad por el problema del cual se queja, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

Sección 10.4 – También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja informal se refiere a la calidad de la atención, tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros especialistas de la salud que reciben pago del gobierno federal para supervisar y mejorar la atención médica que reciben los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

- **O puede presentar su queja tanto ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 – También puede informarle a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Si desea presentar una queja ante Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al **1-877-486-2048**.

Capítulo 10 — Cancelación de la membresía en nuestro plan

Sección 1 — Introducción a la cancelación de la membresía en nuestro plan

Se puede cancelar su membresía con nuestro plan de forma voluntaria (por elección suya) o de forma involuntaria (cuando usted no toma la decisión):

- Puede dejar nuestro plan si así lo ha decidido. En las Secciones 2 y 3 se brinda información sobre la cancelación voluntaria de la membresía.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 de este capítulo le informa sobre situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted cancela su membresía en nuestro plan, debemos seguir brindándole atención médica y medicamentos recetados, y usted debe continuar pagando su parte del costo hasta que finalice su membresía.

Sección 2 — ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 – Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía de nuestro plan durante el período de inscripción anual (también conocido como el “período de inscripción abierta anual”). En este período, revise su cobertura de atención médica y de medicamentos para decidir sobre su cobertura para el año siguiente.

- **El período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**
- **Elija el mantenimiento de su cobertura actual o cambiar su cobertura en el año siguiente.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede escoger alguno de los tipos de planes siguientes:
 - ◆ Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - ◆ Original Medicare **con** un plan adicional de medicamentos de venta con receta de Medicare.
 - ◆ Original Medicare sin un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare podrá inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.
 - ◆ **Nota:** Si usted cancela su afiliación a un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si en el futuro se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Sección 2.2 – Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la posibilidad de hacer **un** cambio a su cobertura médica durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**, usted puede:
 - ◆ Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - ◆ Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura con Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este periodo, también puede inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes posterior a que se inscriba en otro plan de Medicare Advantage o a que hayamos recibido su solicitud de cambio a Original Medicare. Si elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente a que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 – En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante un período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de nuestro plan pueden reunir los requisitos para cancelar su membresía en nuestro plan en otros periodos del año, conocidos como periodos de inscripción especial. Esto se conoce como periodo de inscripción especial.

- **Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso**, es posible que sea elegible para cancelar su membresía durante un período de inscripción especial. A continuación se muestran tan solo algunos ejemplos; para conocer la lista completa, puede contactar a nuestro plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
 - ◆ Normalmente, cuando se muda.
 - ◆ Si tiene Medicaid.
 - ◆ Si cumple los requisitos para recibir "Beneficio Adicional" para pagar sus recetas médicas de Medicare.
 - ◆ Si infringe el contrato que tenemos con usted.
 - ◆ Si recibe atención en una institución, como un hogar para ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (Long-Term Care, LTC).
 - ◆ Si se inscribe en el Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE).
 - ◆ **Nota:** Si está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10, le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Los períodos de inscripción varían** según su situación.

- **Para saber si reúne los requisitos para un período de inscripción especial**, por favor llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Si cumple con los requisitos para cancelar su membresía por una situación especial, puede optar por cambiar su cobertura médica y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir:
 - ◆ Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - ◆ Original Medicare **con** un plan adicional de medicamentos de venta con receta de Medicare.
 - ◆ O bien, Original Medicare **sin** un plan adicional de medicamentos de venta con receta de Medicare.

Nota: Si usted cancela su afiliación a un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si en el futuro se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Su membresía finalizará usualmente el primer día del mes siguiente al mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan.

Si obtiene “Beneficio Adicional” por parte de Medicare para pagar sus medicamentos de venta con receta: Si usted se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan individual de medicamentos recetados de Medicare, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos, a menos que haya indicado que no debemos hacer la inscripción automática.

Sección 2.4 – ¿Dónde puede obtener más información sobre los períodos en los que puede cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cancelar su membresía, puede:

- **Llamar a Servicio a los Miembros.**
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare y Usted 2023**.
- Comuníquese con Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY **1-877-486-2048**).

Sección 3 — ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que usted debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribese en el nuevo plan de salud de Medicare.• Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan cuando inicie la cobertura de su nuevo plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que usted debe hacer:
Original Medicare con un plan adicional de medicamentos de venta con receta de Medicare.	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de Medicare para medicamentos recetados. • Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan cuando inicie la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare sin un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su afiliación. Llame a Servicio a los Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede comunicarse con Medicare, en el 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su afiliación a nuestro plan se cancelará cuando inicie la cobertura de Original Medicare.

Sección 4 — Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo atención médica y medicamentos recetados por medio de nuestro plan.

- Continúe obteniendo la atención médica que necesita de los proveedores de nuestra red.
- Continúe surtiendo sus recetas en nuestras farmacias de la red o a través de nuestro servicio de pedidos por correo.
- Si el día que finaliza su membresía usted está hospitalizado, nuestro plan cubrirá los gastos hasta que reciba el alta hospitalaria (incluso si es dado de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

Sección 5 — En ciertas situaciones, debemos cancelar su membresía en nuestro plan

Sección 5.1 – ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en nuestro plan?

Debemos cancelar su membresía en nuestro plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.

- ◆ Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicio a los Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en nuestra área de servicio.
- Si es encarcelado (si va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o tiene presencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga y que proporcione cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esos datos afectan su elegibilidad para este. No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare.
- Si mantiene de forma continua un comportamiento inapropiado, que nos dificulte brindarle atención médica a usted y otros miembros de nuestro plan. No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare.
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare.
 - ◆ Si finalizamos su membresía por esta razón, Medicare podría pedir que el inspector general investigue su caso.
- Si debe pagar el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su afiliación a nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicio a los Miembros.

Sección 5.2 – No podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud

No podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que le pedimos que cancele su membresía por una razón relacionada con su salud, debe llamar a Medicare, al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY **1-877-486-2048**).

Sección 5.3 – Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos explicarle por escrito las razones por las que lo hacemos. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

Capítulo 11 — Notificaciones legales

Sección 1 — Aviso sobre la ley aplicable

La principal ley que regula este documento de **Evidencia de Cobertura** es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), en virtud de la Ley del Seguro Social. También pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se describen ni se explican en el presente documento.

Sección 2 — Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos a ninguna persona por su raza, grupo étnico, país de origen, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, incapacidad física o mental, estado de salud, historial de reclamos, expediente médico, información genética, prueba de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben respetar las leyes federales contra la discriminación, entre ellas el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley para Estadounidenses con Incapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidados de Salud Asequibles, todas las leyes que se apliquen a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y reglamento que se apliquen por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información al respecto o tiene alguna inquietud relacionada con la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019** (TTY **1-800-537-7697**) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

Si tiene una incapacidad y necesita ayuda para obtener acceso a la atención, por favor llame a Servicio a los Miembros. Si tiene alguna queja, como algún problema relacionado con el acceso en silla de ruedas, Servicio a los Miembros puede ayudarle.

Sección 3 — Aviso sobre los derechos de subrogación de los pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de recaudar fondos para los servicios cubiertos de Medicare para los que Medicare no es el pagador primario. Según las normas de los CMS, en el Título 42 del Código Federal de Reglamentos (CFR), artículos 422.108 y 423.462, el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus, como una Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría bajo los reglamentos de los CMS en las subsecciones B a D de la sección 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan a cualquier ley estatal.

Sección 4 — Administración de esta Evidencia de Cobertura

Podríamos adoptar políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficaz de esta **Evidencia de Cobertura**.

Sección 5 — Solicitudes y declaraciones

Debe llenar las solicitudes, formularios y declaraciones que solicitemos en el curso normal de nuestras actividades comerciales o según se indique en esta **Evidencia de Cobertura**.

Sección 6 — Cesiones

No puede ceder esta **Evidencia de Cobertura** ni los derechos, intereses, reclamos por dinero adeudado, obligaciones o beneficios establecidos en el presente documento sin nuestro consentimiento previo por escrito.

Sección 7 — Honorarios y gastos de abogados y defensores

En cualquier disputa entre un miembro y el Health Plan, Medical Group u hospitales del plan, cada una de las partes será responsable por sus propios gastos y honorarios de abogados y defensores, y otros gastos, salvo que la ley exija lo contrario.

Sección 8 — Coordinación de beneficios

Tal como se describe en el Capítulo 1, Sección 7, “Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan”, si tiene otro seguro, se le solicita que lo use en combinación con su cobertura como miembro del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus para pagar la atención que recibe. A esto se le llama "coordinación de beneficios" porque implica coordinar todos los beneficios de salud que estén a su disposición. Recibirá atención con cobertura de los proveedores de la red como de costumbre y otras coberturas que tenga sencillamente ayudarán a pagar la atención que usted reciba.

Si su otra cobertura es el pagador principal, a menudo saldrá su parte del pago directamente con nosotros y usted no tendrá que hacer nada. Sin embargo, si el pago que el pagador principal nos debe se lo envían directamente a usted, la ley de Medicare le exige que nos dé este pago primario a nosotros. Para obtener más información sobre los pagos primarios en situaciones de responsabilidad de terceros, consulte la Sección 16 de este capítulo, y para los pagos primarios en casos de compensación del trabajador, la Sección 18 de este capítulo.

Debe informarnos si tiene otra cobertura de atención médica y si se registra algún cambio en su cobertura adicional.

Sección 9 — Responsabilidad del empleador

En el caso de servicios que la ley exige que se reciban de un empleador, no pagaremos al empleador por tales servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar un reembolso al empleador.

Sección 10 — Evidencia de Cobertura que obliga a los miembros

Al escoger la cobertura o aceptar los beneficios de acuerdo con esta **Evidencia de Cobertura**, todos los miembros con capacidad legal para celebrar un contrato y los representantes legales de todos los miembros que no tengan dicha capacidad aceptan todas las disposiciones de esta **Evidencia de Cobertura**.

Sección 11 — Responsabilidad de agencias gubernamentales

En el caso de los servicios que la ley exige que se reciban solo de una agencia gubernamental, no pagaremos a tal agencia por estos servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar a la agencia gubernamental un reembolso.

Sección 12 — Exención de responsabilidad de los miembros

Nuestros contratos con los proveedores de la red especifican que usted no es responsable de ningún monto que nosotros debamos. Sin embargo, es responsable del costo de servicios sin cobertura que reciba de proveedores de la red o que no pertenecen a la red.

Sección 13 — Sin exención

En caso de que no hagamos cumplir cualquiera de las disposiciones de esta **Evidencia de Cobertura**, ello no constituirá una renuncia a dicha disposición o a cualquier otra, ni perjudicará nuestro derecho posterior a exigir el cumplimiento estricto de las disposiciones por usted.

Sección 14 — Avisos

Enviaremos nuestras notificaciones a la dirección más reciente que tengamos. Usted es responsable de notificarnos sobre cualquier cambio de dirección. Si se muda, por favor llame lo antes posible a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) y al Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**) para indicar su nuevo domicilio.

Sección 15 — Recuperación de pagos en exceso

Nos reservamos el derecho de recuperar cualquier pago en exceso que realicemos por concepto de servicios de cualquiera que reciba este pago en exceso o de cualquier otra persona u organización obligada a pagar por los servicios.

Sección 16 — Responsabilidad civil de terceros

Como se indica en el Capítulo 1, Sección 7, los terceros que le causen una lesión o enfermedad (o sus compañías de seguro) generalmente deben pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir esos pagos principales. Si recibe una compensación por acuerdo o dictamen judicial de parte o en nombre de un tercero que supuestamente le ocasionó una lesión o enfermedad para la que el plan le prestó servicios cubiertos, deberá asegurarse de que recibamos reembolso por dichos servicios.

Nota: Esta sección de “Responsabilidad civil de terceros” no afecta su obligación de pagar el costo compartido por estos servicios.

Según lo permita o exija la ley, se nos subrogarán todos los reclamos, causas de acción y otros derechos que usted pueda tener contra un tercero o una compañía aseguradora, un programa del gobierno u otra fuente de cobertura para obtener resarcimiento monetario por daños, compensación, o indemnización por la lesión o enfermedad supuestamente causada por un tercero. Estaremos subrogados a partir del momento que enviamos por correo o entregamos a usted o a su abogado una notificación por escrito de que hemos decidido hacer uso de esta opción.

Para proteger nuestros derechos, tendremos un derecho de retención y reembolso sobre las ganancias de cualquier acuerdo o dictamen judicial que usted o nosotros obtengamos en contra de un tercero en cualquier procedimiento o decisión, de otras clases de coberturas que incluyen, entre otras: responsabilidad civil, conductor sin seguro, conductor con un seguro insuficiente, protección personal, compensación del trabajador, lesión personal, pagos médicos y todos los demás tipos de partes que están directamente involucradas. Este dinero se aplicará en primer lugar para satisfacer nuestro derecho de retención, independientemente de si usted fue restituido y de que la cantidad total del dinero sea menor que los daños y perjuicios realmente sufridos. No estamos obligados a pagar honorarios de abogados ni ningún costo del abogado que usted haya contratado para tramitar su reclamación por daños y perjuicios. Si nos reembolsa sin que sea necesario iniciar una acción legal, le concederemos un descuento en el costo de adquisición. Si tenemos que emprender acciones legales para imponer los intereses, no habrá descuento en la adquisición.

En los 30 días siguientes haber presentado un reclamo o acción judicial contra un tercero, debe enviar aviso por escrito de esta reclamación o acción judicial a:

Kaiser Permanente
Attention: Patient Financial Services Department
2101 East Jefferson Street
Rockville, Maryland 20852

A fin de que podamos determinar la existencia de cualquier derecho que podamos tener y ejercerlo, deberá completar y enviarnos todo consentimiento, cesión, autorización, asignación y demás documentos, entre los que se incluyen los formularios de derecho de retención, para dar instrucciones a su abogado, al tercero y a su aseguradora de responsabilidad civil para que nos paguen directamente. Usted puede negarse a renunciar, ceder o reducir nuestros derechos bajo esta disposición sin nuestro consentimiento previo por escrito.

Si su heredero, padre o madre, tutor legal o conservador presentan un reclamo contra un tercero por una lesión o enfermedad, su heredero, padre o madre, tutor legal o conservador y cualquier acuerdo o sentencia favorable obtenido por cualquiera de ellos estarán sujetos a nuestros derechos de retención y otros derechos, de la misma forma que si hubiera sido usted quien presentara el reclamo contra el tercero. Tendremos la opción de ceder nuestra facultad de ejercer el derecho de retención y otros derechos.

Sección 17 — Departamento de Asuntos de los Veteranos de EE. UU.

En el caso de los servicios para tratar condiciones asociadas con el servicio militar y que la ley exige que sean proporcionados por el Departamento de Asuntos de Veteranos, no pagaremos a este departamento tales servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar un reembolso al departamento.

Sección 18 — Beneficios por responsabilidad civil del empleador o compensación del trabajador

Como se indica en el Capítulo 1, Sección 7, la compensación del trabajador generalmente debe pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir los pagos primarios de acuerdo con la ley de compensación del trabajador o la ley de responsabilidad civil del empleador. Es posible que usted reúna los requisitos para recibir pagos u otros beneficios, incluidos los montos recibidos como compensación (a lo que colectivamente se le llama “beneficio financiero”), conforme a la compensación del trabajador o la ley de responsabilidad civil del empleador. Proporcionaremos los servicios cubiertos incluso si no está claro que tiene derecho a recibir el beneficio financiero, pero podremos recuperar el valor de cualquiera de los servicios cubiertos de las siguientes fuentes:

- De cualquier fuente que proporcione un beneficio financiero o de la cual deba recibirse un beneficio financiero.
- De usted, en la medida en que un Beneficio Financiero se brinde o sea pagadero, o habría sido necesario proveer o pagarse si usted hubiera intentado, con atención y constancia, establecer su derecho a recibir el Beneficio Financiero conforme a cualquier compensación del trabajador o ley de responsabilidad civil del empleador.

Sección 19 — Embarazo por encargo de terceros

En aquellas situaciones en las que una miembro reciba compensación monetaria por llevar un embarazo por encargo de terceros, intentaremos obtener el reembolso de todos los Cargos del Plan por los servicios cubiertos que la miembro reciba y que estén relacionados con la concepción, la gestación y el nacimiento del niño. Un acuerdo de embarazo por encargo de terceros es aquel en que una mujer accede a quedar embarazada y entregar el bebé a otra persona o personas que tienen la intención de criar al niño.

Capítulo 12 — Definición de términos importantes

Advantage Plus: Un paquete de beneficios suplementarios opcionales que puede comprar durante el período de inscripción anual y otros plazos limitados. **Este paquete de beneficios adicionales incluye beneficios de atención dental, audífonos y artículos para la visión** por una prima mensual adicional que se suma a la prima del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus (consulte el Capítulo 4, Sección 2.3 para obtener más información).

Asignación: Monto específico que se acredita a un miembro por el costo de un concepto o servicio. Si el costo de los conceptos o servicios que elija es mayor que la asignación, usted pagará la diferencia, que no se aplica al gasto de bolsillo máximo anual.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de proporcionar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no requieren hospitalización y cuya permanencia esperada no supera las 24 horas.

Monto anual de cobertura de beneficios: Para el beneficio POS de Care Plus, el monto anual de la cobertura de beneficios es el monto máximo en dólares que nuestro plan pagará a los proveedores fuera de la red por sus servicios cubiertos. El monto facturado de los servicios recibidos, menos los copagos, se acumulan para el monto anual de cobertura de beneficios. Una vez que se alcance el monto anual de cobertura de beneficios, deberá pagar el saldo del costo facturado por ese servicio.

Período de inscripción anual: Período desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año durante el cual los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare.

Apelación: Es lo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención para la salud o de medicamentos recetados o del pago de los servicios o medicamentos que ya haya recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldos: Cuando un proveedor (como un médico o un hospital) factura a un paciente un monto que supera el costo compartido que permite el plan. Como miembro de nuestro plan, solo tiene que pagar su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores “facturen el saldo” o de otro modo le cobren más que el costo compartido que nuestro plan dice que usted debe pagar.

Período de beneficios: La manera en la que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios de un centro de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día que usted va a un hospital o a un centro de enfermería especializada y finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin que reciba atención para pacientes hospitalizados (o atención en un SNF). Si usted ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que finalizó un periodo de beneficios, comenzará un nuevo periodo de beneficios. No hay un límite en la cantidad de periodos de beneficios. No hay límite de cantidad de periodos de beneficios que puede tener.

Medicamento de marca: Un medicamento recetado que fabrica y comercializa la compañía farmacéutica que lo investigó y desarrolló originalmente. Los medicamentos de marca tienen fórmulas con el mismo principio activo que la versión genérica. Sin embargo, otros fabricantes producen y venden los medicamentos genéricos, que en general, no están disponibles hasta que vence la patente del medicamento de marca.

Etapa de Cobertura para Catástrofes: La etapa de beneficios de medicamentos de la Parte D en la que debe pagar un copago o coseguro bajo por sus medicamentos una vez que usted o terceros autorizados hayan gastado en su nombre \$7,400 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): Agencia federal que administra Medicare.

Coseguro: Monto que posiblemente tenga que pagar como costo compartido por servicios o medicamentos recetados, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) de los cargos del plan.

Queja: El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer una queja formal”. El proceso de quejas se utiliza solamente para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no cumple los plazos en el proceso de apelación.

Lista completa de medicamentos recetados disponibles (o “Lista de Medicamentos”): Una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF): Un centro de atención que proporciona principalmente servicios de rehabilitación tras una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla o del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno familiar.

Coordinación de beneficios (COB): La coordinación de beneficios es una cláusula que se usa para establecer el orden en que se pagan los reclamos cuando usted tiene otro seguro. Si tiene Medicare u otro seguro de salud o cobertura, cada tipo de cobertura se llama “pagador”. Cuando haya más de un pagador, habrá normas para la "coordinación de beneficios" que determinan cuál paga primero. El "pagador principal" paga lo que debe de sus facturas primero y luego envía el resto para que lo pague el "pagador secundario". Sin embargo, si el pago que se nos deba se le envía directamente, la ley de Medicare le exige que usted nos pague. En algunos casos puede haber un tercer pagador. Consulte el Capítulo 1, Sección 7 y Capítulo 11 (Sección 8) para obtener más información.

Copago: Un monto que se le puede pedir que pague como su parte del costo del servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10) y no un porcentaje.

Costo compartido: El monto que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Son adicionales a la prima mensual del plan). Los costos compartidos incluyen una combinación de cualquiera de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que un plan imponga antes de que empiece a cubrir sus medicamentos o servicios; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan requiera cuando recibe medicamentos o servicios específicos, o (3) cualquier monto de “coseguro” como porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio, que un plan requiere cuando recibe un medicamento o servicio específico. **Nota:** En algunos casos, es posible que no tenga que pagar todos los costos compartidos correspondientes al momento de recibir los servicios, situación en la le enviaremos más adelante una factura por el costo compartido. Por ejemplo, si recibe atención no preventiva durante una visita de atención preventiva programada, es posible que después le enviemos su factura del costo compartido correspondiente a la atención no preventiva. Para los productos que solicite por anticipado, usted cubre el costo compartido vigente el día de la orden (aunque no cubriremos el artículo a menos que usted todavía tenga cobertura en la fecha de entrega) y es posible que deba cubrir el costo compartido cuando ordene el artículo. Para los medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios, la fecha de orden es la fecha en que la farmacia procesa la orden después de recibir toda la información que necesitan para surtir la receta médica.

Nivel de costo compartido: Todos los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos forman parte de uno de seis niveles de costo compartido. En general, entre más alto sea el nivel de costo compartido, más deberá pagar por el medicamento.

Determinación de cobertura: Una decisión acerca de si un medicamento de venta con receta está cubierto en nuestro plan, y el monto, si lo hubiera, que usted debe pagar por ese medicamento. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que la receta no tiene cobertura por medio de nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman “decisiones sobre la cobertura” en este documento.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para referirnos a los medicamentos recetados que tienen cobertura por parte de nuestro plan.

Servicios cubiertos: El término que usamos para referirnos a los suministros y servicios de atención para la salud que tienen cobertura a través de nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para recibir Medicare normalmente pueden mantenerla sin pagar una multa en caso de que decidan posteriormente inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Atención de custodia: La atención de custodia es la que se proporciona en un hogar para ancianos, centro de cuidados paliativos u otro centro de atención cuando no se necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia que proporcionan personas que no tienen habilidades ni capacitación profesionales, incluye ayudar con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o de una silla de ruedas, desplazarse y usar el baño. Además, puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Tarifa de costos compartidos diaria: Es posible que se aplique una “tarifa de costo compartido diaria” cuando su médico le recete un suministro mensual de determinados medicamentos y se le pida a usted pagar un copago. La tarifa de costo compartido diaria es el copago dividido entre el número de días en un suministro mensual. El siguiente es un ejemplo: Si el copago para un suministro de 1 mes de un medicamento es de \$30 y si su plan define un mes como 30 días, entonces su “tarifa de costos compartidos diaria” es de \$1 diario.

Deducible: El monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que pague nuestro plan.

Desafiliarse o cancelación de la afiliación: Proceso de finalización de su membresía en nuestro plan.

Tarifa por entrega: Tarifa impuesta cada vez que se surten medicamentos cubiertos para pagar el costo de surtir una receta médica, como, por ejemplo, el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y empaquetar el medicamento recetado.

Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP): Los D-SNP están destinados a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley de Seguridad Social) como a asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (título XIX). Algunos estados cubren ciertos costos de Medicare, de acuerdo con la elegibilidad de la persona.

Equipo médico duradero (DME): Determinado equipo médico que pide el médico por motivos médicos. Entre ellos, se incluyen los siguientes ejemplos: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para personas con diabetes, bomba de infusión intravenosas, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que ordena un proveedor para su uso en el hogar.

Emergencia: Una emergencia médica es una situación en la que usted u otra persona prudente sin experiencia profesional, pero con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si cursa un embarazo, la pérdida de un bebé no nacido), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la insuficiencia grave de una función del organismo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que (1) presta un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y (2) necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Condición médica de emergencia: Una condición médica o trastorno de salud mental que se manifiesta con síntomas agudos (incluido el dolor intenso) y de la que una persona no profesional prudente con conocimientos promedio de salud y medicina consideraría razonablemente que si no recibe atención médica inmediata podría causar:

- Riesgo grave para la salud de la persona o en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del bebé en gestación.
- Se podrían deteriorar de manera grave las funciones del organismo; o
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Evidencia de Cobertura (EOC) y entrega de información: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula añadida u otra cobertura opcional seleccionada, que explican cuál es su cobertura, qué debemos hacer, cuáles son sus derechos y también sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de determinación de cobertura que, en caso de ser aprobada, le permite obtener un medicamento que no forma parte de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles (una excepción a dicha lista) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción en el nivel de costos compartidos).

Medicamento excluido: Un medicamento que no es un “medicamento cubierto de la Parte D”, según se define en el código 42 U.S.C., Sección 1395w-102(e).

Beneficio Adicional: Programa de Medicare o del estado que ayuda a las personas con bajos ingresos y pocos recursos a pagar los costos del programa para medicamentos recetados de Medicare, tales como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: Un medicamento recetado que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) como producto que incluye los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos "genéricos" son tan eficaces como los medicamentos de marca y por lo general cuestan menos.

Queja formal: Un tipo de queja que presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, y que incluye una queja sobre la calidad de la atención que recibe. Esta queja no abarca disputas sobre pagos ni cobertura.

HMO-POS: Un plan HMO-POS es un plan HMO con un beneficio de Punto de Servicio (POS). “Punto de servicio” significa que puede usar proveedores fuera del área de servicio de Kaiser Permanente y de nuestra red para ciertos servicios por un costo adicional (consulte el Capítulo 4, Sección 2.2, para obtener más información sobre los servicios cubiertos y los costos compartidos).

Auxiliar de salud a domicilio: Una persona que proporciona servicios que no requieren la habilidad de un enfermero titulado o de un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro, vestirse o hacer los ejercicios indicados por el médico).

Atención médica a domicilio: Atención de enfermería especializada y otros servicios de atención para la salud que usted recibe en casa para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos se incluyen en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4, Sección 2. Cubriremos su atención médica a domicilio de acuerdo con las pautas de Medicare. La atención médica a domicilio puede incluir los servicios de un auxiliar de salud a domicilio si los servicios forman parte del plan de salud domiciliar para su enfermedad o lesión. Estos no están cubiertos a menos que también se le proporcione un servicio especializado cubierto. Los servicios de atención a domicilio no incluyen los servicios de limpieza, servicios de alimentos ni atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.

Cuidados paliativos: Un beneficio que brinda tratamiento especial para un miembro certificado médicamente como paciente terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si desea elegir cuidados paliativos y continuar pagando primas, aún es miembro de su plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios como así también los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Hospitalización de pacientes hospitalizados: Una hospitalización es cuando se le admite formalmente en el hospital para que reciba servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún pueda considerarse un “paciente ambulatorio”.

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA): Si su ingreso bruto ajustado y modificado como se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años está por encima de un cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA). El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Puesto que menos de 5% de las personas que tienen Medicare se ven afectadas por este ajuste, la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Límite de Cobertura Inicial: El límite máximo de cobertura durante la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de Cobertura Inicial: Es la etapa anterior a cuando el costo total de sus medicamentos alcanza el monto de **\$4,660**, incluyendo lo que usted haya pagado y lo que nuestro plan haya pagado en su nombre en el año.

Período de inscripción inicial: Cuando usted reúne los requisitos para participar en Medicare por primera vez; es el período en el que puede inscribirse a Medicare Parte A y Parte B. Si reúne los requisitos para participar en Medicare al cumplir los 65 años de edad, su período de inscripción inicial es el período de siete meses que inicia tres meses antes del mes en el que usted cumpla 65 años, incluido el mes en el que cumpla 65 años, y termina tres meses después del mes en el que cumpla 65 años.

Atención de paciente hospitalizado: Atención médica que recibe durante la hospitalización en un hospital general de atención de problemas médicos agudos.

Kaiser Foundation Health Plan (Health Plan): Kaiser Foundation Health Plan, es una corporación sin fines de lucro y una organización de Medicare Advantage. En la **Evidencia de Cobertura** a veces se hace referencia a Health Plan como “nosotros” o “nos”.

Kaiser Permanente: Health Plan y Medical Group.

Kaiser Permanente Region (Región): Una organización de Kaiser Foundation Health Plan que administra un programa de servicio directo de atención médica. Cuando se encuentra fuera de nuestra área de servicio, puede recibir la atención médica necesaria desde el punto de vista médico y atención continua para condiciones crónicas de parte de proveedores designados en otra área de servicio de la región de Kaiser Permanente. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección 2.4.

Hospital de cuidados a largo plazo: Un hospital de cuidados intensivos certificado por Medicare en el que generalmente se ofrecen servicios cubiertos por Medicare, como rehabilitación integral, terapia respiratoria, tratamientos de traumatismo de cráneo y control del dolor. No son centros de cuidados a largo plazo como los centros de atención para pacientes convalecientes o con servicios de vida asistida.

Subsidio para bajos ingresos (LIS): Ver “Beneficio Adicional”.

Monto de gastos máximos de bolsillo: Lo máximo que usted paga de bolsillo durante el año calendario por los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas de su plan, por las primas de Medicare Parte A y Parte B, y por los medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto del gasto máximo de bolsillo.

Medicaid (o asistencia médica): Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid estatales pueden ser diferentes en cada estado, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid.

Servicios o atención médica: Servicios de atención médica o artículos. Algunos ejemplos de artículos de atención médica incluyen equipo médico duradero, anteojos y medicamentos que cubren la Medicare Parte A o Parte B, pero no los medicamentos que cubre Medicare Parte D.

Grupo médico: Es la red de proveedores del plan, que tienen un contrato con nuestro plan para proporcionarle los servicios cubiertos. El nombre de nuestro grupo médico es Mid-Atlantic Permanente Medical Group, P.C, una organización profesional con fines de lucro.

Indicación médicamente aceptada: Uso de un medicamento que ha aprobado la Administración de Alimentos y Medicamentos o sustentado en ciertos libros de referencia.

Necesario desde el punto de vista médico: Servicios, artículos o medicamentos que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica y que reúnen los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: Programa federal de seguro para personas mayores de 65 años, para algunas personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y para personas que padecen enfermedad renal en fase terminal (generalmente, las que tienen insuficiencia renal permanente o que necesitan diálisis o trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: El período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, durante el cual los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este periodo, también puede inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona resulta elegible para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA): Llamado en ocasiones Medicare Parte C, es un plan que ofrece una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan de Medicare Advantage puede ser: (i) un plan de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO), (ii) una organización de proveedores preferidos (PPO), (iii) un plan de pago por servicio privado (PFFS) o (iv) un plan cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir el tipo de plan, un plan de Medicare Advantage de una HMO o PPO también puede ser un plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura para medicamentos de venta con receta). Estos planes se llaman **Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados.**

Programa de Descuento de la Etapa de Intervalo en la Cobertura de Medicare:

Un programa que proporciona descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D para los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de Intervalo en la Cobertura y que todavía no reciben “Beneficio Adicional”. Los descuentos se basan en los acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que cubren Medicare Parte A y Medicare Parte B. El término “servicios cubiertos” no incluye los beneficios adicionales, tales como los artículos de la visión, dentales o audífonos, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: Un plan de salud de Medicare es un plan que ofrece una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriban en el plan. El término incluye todos los planes de Medicare Advantage, planes de Medicare Cost, planes de necesidades especiales, programas de demostración o piloto, y Programas de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): Seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos artículos para pacientes ambulatorios que no cubre Medicare Parte A o Parte B.

“Medigap” (seguro adicional de Medicare): Seguro adicional de Medicare que venden las compañías privadas de seguros para llenar los “espacios” de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o “Miembro del Plan”): Una persona con Medicare que reúne los requisitos para obtener los servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicio a los Miembros : Un departamento de nuestro plan que tiene como responsabilidad responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Farmacia de la red: Farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, solo se cubren sus recetas médicas si se surten en una de las farmacias de la red.

Médico de la red: Cualquier médico certificado que sea socio o empleado del Medical Group o cualquier médico certificado que se contrata para prestar servicios a nuestros miembros (excepto los médicos que se contratan solo para brindar servicios por referencia).

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general para designar a los médicos, otros profesionales de atención médica (incluidos, entre otros, asistentes médicos, enfermeros con práctica médica y enfermeros), hospitales y otros centros de atención médica que están acreditados o certificados por Medicare y el estado para proporcionar servicios de atención para la salud. Los “proveedores de la red” tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como la totalidad del pago por los servicios prestados y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. A los proveedores de la red también se les llama “proveedores del plan”.

Determinación de la organización: Determinación de nuestro plan cuando decide si los conceptos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los conceptos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman “decisiones sobre la cobertura” en este documento.

Original Medicare (“Medicare Tradicional” o Medicare con “Pago por servicio”): El gobierno ofrece Original Medicare y no un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En el caso de Original Medicare, los servicios de Medicare tienen cobertura mediante los pagos que reciben los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica según lo establece el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga la suya. Medicare original tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico) y está disponible en todo el territorio de Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: 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 tienen cobertura a través de nuestro plan a menos que se apliquen determinadas condiciones (consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información).

Proveedor fuera de la red o centro de atención fuera de la red: Un proveedor o centro de atención que no tiene 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 nuestro plan no emplea, posee u opera.

Gastos de bolsillo: Consulte la definición de “Costo Compartido” proporcionada anteriormente. También se hace referencia como “gastos de bolsillo” del miembro al requisito de costo compartido que un miembro debe pagar por una parte de los servicios o medicamentos que recibe.

Plan PACE: Un plan del Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (PACE) combina servicios de atención para la salud, social y cuidados a largo plazo (LTC) para las personas cuyo estado de salud es delicado, con el objetivo de ayudar a las personas a ser independientes en su comunidad (en lugar de mudarse a un centro de adultos mayores y personas con discapacidad) durante el tiempo que sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto los beneficios de Medicare como de Medicaid a través del plan.

Parte C: Consulte “**Plan de Medicare Advantage (MA)**”.

Parte D: Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que la Parte D puede cubrir. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido de la Parte D la cobertura de ciertas categorías de medicamentos. Todos los planes deben cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Penalización por inscripción tardía en la Parte D: Un monto que se agrega a su prima mensual de la cobertura de Medicare para medicamentos si usted se queda sin cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más luego de que resulta elegible por primera vez para ingresar a un plan de la Parte D.

Monto permitido por el médico: El monto máximo del cargo facturado que nuestro plan determina que debe pagar por los servicios cubiertos. Para el beneficio POS de Care Plus, el monto permitido por el médico se basa en el programa de tarifas de Medicare.

Plan: Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus.

Cargos del plan: Cargos del plan se refiere a lo siguiente:

- En el caso de servicios prestados por el Grupo Médico o los hospitales del plan, los cargos en el cronograma del Plan de Salud del Grupo Médico y los cargos de los hospitales del plan por servicios prestados a los miembros.
- En el caso de los servicios que se pagan por capitación a un proveedor (excepto Medical Group u hospitales del plan), los cargos de la cédula de cargos que Kaiser Permanente negocia con el proveedor al que se paga por capitación.
- En el caso de los artículos obtenidos en una farmacia que sea propiedad y esté dirigida por Kaiser Permanente, el monto que la farmacia cobraría al miembro por un artículo no cubierto en su plan de beneficios (este monto es un estimado que comprende lo siguiente: los costos por la compra, el almacenamiento y la dispensación de medicamentos, los costos directos e indirectos de brindar a los Miembros los servicios de farmacia de Kaiser Permanente y la contribución del programa de farmacia a los requisitos de ingresos netos del Health Plan).
- Los cargos por cualquier otro servicio, los pagos que realiza Kaiser Permanente por los servicios o, si Kaiser Permanente resta los costos compartidos de sus pagos, el monto que Kaiser Permanente debería haber pagado si no hubiera restado los costos compartidos.

Cuidados posestabilización: Servicios necesarios desde el punto de vista médico relacionados con su condición médica de emergencia y que usted recibe después de que su médico tratante determina que la afección es clínicamente estable. Se lo considera clínicamente estable cuando el médico tratante cree, dentro de probabilidades médicas razonables y de acuerdo con normas médicas reconocidas, que se le puede dar de alta o trasladar sin peligro, y que no se espera que su afección empeore significativamente durante o después del proceso de alta o de traslado.

Costo compartido preferido: El costo compartido preferido significa un costo compartido menor para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en ciertas farmacias de la red.

Farmacia preferida: Una farmacia del plan donde puede obtener sus recetas con copagos preferidos. Estas farmacias, normalmente, están ubicadas en los consultorios médicos de la red (consulte el **Directorio de Farmacias** para conocer las ubicaciones). El monto que paga en estas farmacias es menor que lo que paga en otras farmacias de la red que solamente ofrecen costo compartido estándar, a las cuales se les llama farmacias estándar en este documento.

Plan de la Organización de proveedores preferidos (PPO): Plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que acordaron tratar a los miembros del plan por un pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea por medio de proveedores de la red o que no pertenecen a la red. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más altos cuando reciban los beneficios del plan de proveedores que no pertenecen a la red. Los planes de PPO tienen un límite anual en los gastos de bolsillo por servicios que se reciben de proveedores (preferidos) de la red y un límite más elevado en los gastos de bolsillo combinados totales por servicios de proveedores (preferidos) de la red y (no preferidos) que no pertenecen a la red.

Prima: Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para la cobertura de atención médica y medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor al que usted consulta primero por problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su médico de cabecera antes de consultar a cualquier proveedor de atención médica.

Autorización previa: Aprobación con antelación para recibir servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 y descrito en el Capítulo 3, Sección 2.3. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa se detallan en la lista de medicamentos recetados disponibles.

Prostética y ortopedia: Dispositivos médicos que incluyen, entre otros: aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello, extremidades artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, lo que incluye suministros para ostomía y urología, y terapia nutricional entérica y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos de atención médica que trabajan para el gobierno federal para supervisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Servicios de Rehabilitación: Estos servicios incluyen la fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de servicio: Un área geográfica donde debe vivir para inscribirse a un plan de salud particular. En el caso de los planes que restringen los médicos y hospitales que puede usar, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (servicios que no son de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su membresía si usted se muda permanentemente fuera de nuestra área de servicio.

Servicios: Artículos o servicios de atención para la salud.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados diariamente y de manera continua en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de servicios incluyen la fisioterapia e inyecciones intravenosas que solo pueden administrar una enfermera titulada o un médico.

Período de inscripción especial: Tiempo establecido en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o regresar a Original Medicare. Estas son algunas de las situaciones en las que sería elegible para un periodo de inscripción especial: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Beneficio Adicional” con los costos de los medicamentos recetados, si se muda a un hogar para ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan para necesidades especiales: Tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona atención médica más especializada para grupos específicos de personas, tales como las que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar para ancianos o que tienen determinadas condiciones médicas crónicas.

Medicamentos especializados: Medicamentos de costo muy alto que cuentan con la aprobación de la FDA y se incluyen en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles.

Costo compartido estándar: El costo compartido estándar es un costo compartido diferente al costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Farmacia estándar: Una farmacia del plan donde puede obtener sus recetas con copagos estándar. Estas farmacias, normalmente, no están ubicadas en los consultorios médicos de la red (consulte el **Directorio de Farmacias** para conocer las ubicaciones). El monto que usted paga en estas farmacias es mayor que lo que paga en las farmacias de la red que solamente ofrecen costo compartido preferido, a las cuales se les llama farmacias preferidas en este documento.

Ingresos adicionales del Seguro Social (SSI): Beneficio mensual que el Seguro Social paga a personas de bajos ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, están ciegas o de 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios necesarios con urgencia: Servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, siempre que los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos temporalmente o cuando usted está temporalmente fuera de nuestra área de servicio. Por ejemplo, si necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios se deben necesitar de inmediato y ser médicamente necesarios.



Servicio a los Miembros del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus

MÉTODO	Servicio a los Miembros: información de contacto
LLAMADAS	1-888-777-5536 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
CORREO POSTAL	Kaiser Permanente Member Services Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road, NE Atlanta, GA 30305-1736
SITIO WEB	kp.org

Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico

El Programa de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos locales a personas que tienen Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 3, para obtener información de contacto de SHIP.

Declaración de revelación de la PRA: Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995, ninguna persona está obligada a responder una solicitud de información, a menos que incluya un número válido de control de la OMB. El número válido de control de la OMB para esta solicitud de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.