

Plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara (HMO D-SNP), ofrecido por Kaiser Foundation Health Plan, Inc., región del Norte de California

Guía para miembros

1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Su cobertura de salud y medicamentos del plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara (HMO D-SNP), ofrecido por Kaiser Foundation Health Plan, Inc., región del Norte de California

Introducción de la *Guía para miembros*

Esta **Guía para miembros**, también conocida como Evidencia de Cobertura, le informa sobre su cobertura en nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2023. Explica los servicios de atención médica, los servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por abuso de sustancias), la cobertura de medicamentos recetados y los servicios y apoyos a largo plazo. Los servicios y apoyos a largo plazo lo ayudan a quedarse en su hogar en lugar de ir a un centro de adultos mayores o a un hospital. Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para miembros**.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Cuando en esta **Guía para miembros** se menciona “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, significa **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara**.

ATENCIÓN: Si habla chino, español, tagalog o vietnamita, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuita. Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, tales como en letra grande, braille o audio. Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** para obtener información adicional. (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. La llamada es gratuita.

Llame al **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, para solicitar lo siguiente:

- idioma que prefiere aparte de inglés u otro formato;
- una solicitud abierta para correspondencias y comunicaciones futuras: **y**
- cambiar una solicitud abierta por un idioma preferido o formato.

Exención de responsabilidad

- ❖ Kaiser Permanente es un plan HMO D-SNP que tiene contrato con Medicare y con el programa Medi-Cal. La inscripción a Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.
- ❖ La cobertura de este plan es una cobertura de salud calificada llamada “cobertura esencial mínima”. Esta 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 sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.
- ❖ Los servicios de atención médica que se brindan a los miembros de Kaiser Permanente a través de Medi-Cal están sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato entre Kaiser Foundation Health Plan, Inc. y el Departamento de Servicios de Atención de la Salud (DHCS) de California, según se indique en esta **Guía para miembros** y cualquier otro cambio.

Capítulo 1: Introducción para miembros

Introducción

Este capítulo incluye información sobre el plan

Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y Medi-Cal y coordina todos sus servicios de y Medi-Cal. También le informa qué esperar y qué otra información obtendrá de nosotros. Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para miembros**.

Capítulo 1 Índice

A. Bienvenido a nuestro plan	3
B. Información sobre Medicare y Medi-Cal	3
B1. Medicare	3
B2. Medi-Cal	3
C. Ventajas de nuestro plan	4
D. Área de servicio de nuestro plan	5
E. ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	5
F. ¿Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud?	6
F1. Miembros nuevos	6
F2. Miembros existentes	6
F4. Elegibilidad para la continuidad de la atención de salud	7
G. Su equipo de atención y plan de atención	10
G1. Equipo de atención	10
G2. Plan de atención	10
H. Prima mensual del plan	10
H1. Prima del plan	10



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

- I. Su Guía para miembros..... 11
- J. Otra información importante que recibe de nosotros 11
 - J1. Su tarjeta de identificación del plan 11
 - J2. Directorio de Proveedores y Farmacias 12
 - J3. Lista de Medicamentos Cubiertos 13
 - J4. La Explicación de beneficios 13
- K. Mantener actualizado su registro de membresía del plan 14
 - K1. Privacidad de la información médica protegida (PHI) 14



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

A. Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan brinda servicios de Medicare y Medi-Cal a personas que son elegibles para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, proveedores de salud del comportamiento y otros proveedores. También contamos con coordinadores de atención y equipos de atención para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para brindarle la atención que necesita.

Kaiser Permanente brinda servicios de atención médica directamente a los miembros a través de un programa integral de atención médica. El Plan de Salud, los Hospitales del Plan y The Permanente Medical Group (“Grupo Médico”) trabajan juntos para brindar a nuestros miembros una atención de calidad. Nuestro programa de atención médica le brinda acceso a los servicios cubiertos que pueda necesitar, como atención de rutina, atención en el hospital, servicios de laboratorio, atención de emergencia, atención de urgencia y otros beneficios descritos en esta **Guía para miembros**. Además, nuestros programas de educación para la salud ofrecen grandiosas formas de proteger y mejorar su salud.

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare es el programa de seguro federal para las siguientes personas:

- personas de 65 años de edad o más;
- algunas personas menores de 65 años con ciertas incapacidades; y
- personas con insuficiencia renal crónica en fase terminal (insuficiencia renal).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal está a cargo del estado y lo financian el estado y el gobierno federal. Medi-Cal ayuda a las personas con bajos ingresos y recursos limitados para pagar los Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Cada estado decide lo siguiente:

- lo que cuenta como ingresos y recursos;
- quién es elegible;
- qué servicios están cubiertos, y
- el costo de los servicios.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Los estados pueden decidir cómo gestionar sus programas siempre y cuando sigan las reglas federales.

Medicare y el estado de California aprobaron nuestro plan. Puede obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan siempre que suceda lo siguiente:

- elegimos ofrecer el plan: **y**
- Medicare y el Estado de California nos permiten continuar ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan deja de operar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Medi-Cal no se ve afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora obtendrá todos los servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal de nuestro plan, incluidos los medicamentos recetados. **No paga extra para unirse a este plan de salud.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y Medi-Cal funcionen mejor juntos y para usted. Algunas de las ventajas incluyen las siguientes:

- Puede trabajar con nosotros para cubrir la **totalidad** de sus necesidades de atención médica.
- Tiene un equipo de atención que usted ayuda a formar. Su equipo de atención puede incluirlo a usted, a su cuidador, a médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un coordinador de atención. Esta es una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudarle a elaborar un plan de atención.
- Puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y coordinador de atención.
- Su equipo de atención y el coordinador de atención trabajan con usted para elaborar un plan de atención diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de lo siguiente:
- Sus médicos conocen todos los medicamentos que toma, por lo que pueden asegurarse de que está tomando los medicamentos correctos y pueden reducir los efectos secundarios que pueda tener a causa de los medicamentos.
- Los resultados de las pruebas se comparten con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Nuevos miembros de Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara:

En la mayoría de los casos, estará inscrito en nuestro plan **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara** para que reciba sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a su solicitud de inscripción en **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara**. Aún puede recibir los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después de ese periodo, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través del plan **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara**. No habrá interrupciones en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llámenos al **1-800-443-0815** (TTY 711). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

D. Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye estas partes del condado de **Santa Clara**, solo en los siguientes códigos postales:

Condado de Santa Clara: 94022-24, 94035, 94039-43, 94085-89, 94301-06, 94309, 94550, 95002, 95008-09, 95011, 95013-15, 95020-21, 95026, 95030-33, 95035-38, 95042, 95044, 95046, 95050-56, 95070-71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108-13, 95115-36, 95138-41, 95148, 95150-61, 95164, 95170, 95172-73, 95190-94 y 95196.

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

No puede seguir en este plan si se muda fuera de nuestra área de servicio. Consulte el **Capítulo 10** de esta **Guía para miembros** para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

- vive en 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);
- tiene 21 años o más en el momento de la inscripción;
- tiene tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B;
- es actualmente elegible para Medi-Cal y vive en nuestra área geográfica autorizada de Medi-Cal en su condado, **y**
- es ciudadano de los Estados Unidos o tiene presencia legal en los Estados Unidos.

Comuníquese a Servicio a los Miembros para obtener más información.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Importante: Si pierde la elegibilidad pero se puede esperar razonablemente que la recupere en un plazo de cuatro meses, entonces igualmente es elegible para la membresía en nuestro plan (la **Sección A** del **Capítulo 4** incluye información sobre la cobertura y el costo compartido durante este periodo que se denomina elegibilidad continuada).

F. ¿Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud?

Cuando se une a nuestro plan por primera vez, obtiene una valoración de riesgos de salud (HRA) dentro de los 90 días previos a nuestro después de la fecha de vigencia de su inscripción.

Debemos completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, LTSS y de salud conductual y funcionales.

Nos comunicamos con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA mediante una visita en persona, una llamada telefónica o por correo postal.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

F1. Miembros nuevos

Si es un miembro nuevo y ha estado recibiendo atención de proveedores que no están en la red de Kaiser Permanente, es posible que pueda seguir viéndolos durante hasta 12 meses o más en determinadas situaciones. Si su situación médica se incluye en uno de los casos que se mencionan a continuación en el encabezado “Elegibilidad”, puede solicitar continuar la atención con ese proveedor.

F2. Miembros existentes

Si su proveedor deja de trabajar con Kaiser Permanente, podría seguir recibiendo servicios de ese proveedor. Esta es otra forma de continuidad de la atención médica.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Si se le asigna un grupo de proveedores cuyo contrato con nosotros finaliza, lo notificaremos por escrito al menos 60 días antes de la finalización (o tan pronto como sea razonablemente posible). También lo notificaremos por escrito al menos 60 días antes de que finalicemos un contrato con un hospital que se encuentre a 15 millas de donde vive. Es posible que pueda continuar acudiendo a un proveedor en ese grupo de proveedores o en ese hospital durante hasta 12 meses o más en algunas situaciones. Si su situación médica se incluye en uno de los casos que se mencionan a continuación en el encabezado “Elegibilidad”, puede solicitar continuar la atención con ese grupo de proveedores u hospital.

F4. Elegibilidad para la continuidad de la atención de salud

Esta sección describe las afecciones médicas para las que puede solicitar Continuidad de la atención médica. Hay criterios adicionales que se deben cumplir para que aprobemos su solicitud. Esos criterios adicionales se enumeran más adelante en esta sección. Si aprobamos su solicitud de Finalización de Servicios Cubiertos, cubriremos los servicios que se enumeran a continuación. Para los miembros nuevos, los servicios aprobados tienen cobertura durante hasta 12 meses a partir de la fecha de inscripción, salvo que se especifique lo contrario a continuación.

- **Afecciones agudas.** Servicios cubiertos hasta que la afección aguda desaparezca.
- **Afecciones crónicas graves.** Servicios cubiertos hasta que se cumpla cualquiera de las siguientes situaciones (la que ocurra primero): (1) los 12 meses a partir de la fecha de finalización del contrato con el proveedor; o (2) el primer día después de que se complete un ciclo de tratamiento, momento en que sería seguro transferirlo al cuidado de un proveedor de la red, según lo determine Kaiser Permanente después de consultar al miembro y al proveedor que no pertenece a la red y de conformidad con las buenas prácticas profesionales. Las afecciones crónicas graves son enfermedades u otras afecciones médicas graves que cumplen con alguna de estas condiciones:
 - Persiste y nunca se cura totalmente.
 - Empeora en el transcurso de largos periodos.
 - Requiere de tratamiento continuo para mantener su remisión o evitar que reaparezca o empeore.
- **Cuidados de Maternidad.** Servicios cubiertos mientras esté embarazada y durante hasta un año después del parto.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

- **Servicios para mujeres que tienen un trastorno de salud mental** mientras están embarazadas o inmediatamente después del parto. Es posible que cubramos la finalización de estos servicios durante hasta 12 meses a partir del diagnóstico de salud mental o a partir del final del embarazo, lo que ocurra más tarde.
- **Enfermedades terminales.** Servicios cubiertos mientras dure la enfermedad. Las enfermedades terminales son enfermedades que no pueden curarse o revertirse y es probable que causen la muerte en un año o menos en la mayoría de los casos.
- **Atención de niños menores de 3 años de edad.** Servicios cubiertos hasta que se cumpla la primera de las siguientes situaciones: (1) 12 meses a partir de la fecha en que termine el contrato con el proveedor o (2) el tercer cumpleaños del niño.
- Cirugía u otro procedimiento que forma parte de un ciclo de tratamiento.
 - Si es un miembro nuevo, el proveedor debe recomendar y documentar la cirugía o el procedimiento para que se proporcione en un plazo de 180 días contados a partir de su fecha de vigencia de la cobertura.
 - Si el contrato de su proveedor con Kaiser Permanente finaliza, el proveedor debe recomendar y documentar la cirugía o el procedimiento para que se proporcione en un plazo de 180 días contados a partir de la fecha de finalización del contrato entre Kaiser Permanente y el proveedor.
- **Recibe atención a largo plazo en virtud de la Ayuda y los Servicios Administrados a Largo Plazo (“MLTSS”).**

A fin de calificar para recibir cobertura para estos servicios, deben cumplirse todos los siguientes requisitos:

- Su cobertura de Medi-Cal o Medicare está vigente en la fecha en que recibe los servicios.
- Para los Miembros nuevos, la cobertura de su plan anterior para los servicios del proveedor ha finalizado o finalizará cuando se haga efectiva su cobertura con nosotros.
- Usted está recibiendo servicios de acuerdo con alguno de los casos antes mencionados por parte de un proveedor fuera del plan en la fecha de vigencia de la cobertura si es un miembro nuevo, o por parte de un proveedor del plan cuyo contrato ha sido cancelado en la fecha de cancelación del contrato del proveedor.
- Para los miembros nuevos, al momento de inscribirse en Kaiser Permanente, usted no ha tenido la opción de continuar con su plan de salud anterior ni de elegir otro plan (incluida una opción fuera de la red) que hubiera cubierto los servicios del proveedor fuera del plan.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

- Si es un miembro nuevo, debe tener una relación existente con el proveedor al que solicita continuar acudiendo.
- Para los servicios de tratamiento de la salud del comportamiento para niños menores de 21 años, una relación existente significa que el proveedor lo atendió en los seis meses anteriores a su inscripción en el plan de atención médica administrada de Medi-Cal.
- Para todos los demás servicios, una relación existente significa que un proveedor lo atendió en los últimos 12 meses para una visita que no fue de emergencia.
- El proveedor acepta nuestros términos y condiciones contractuales estándar.
- Los servicios son médicamente necesarios y estarían cubiertos por esta **Guía para miembros** si los obtuvo de un proveedor de la red.
- Usted solicita el cumplimiento de los servicios en un plazo de 30 días (o lo antes posible, dentro de lo razonable) a partir de la fecha de vigencia de su cobertura, si es un miembro nuevo, o de la finalización del contrato del proveedor del plan.
- Kaiser Permanente no tiene una inquietud documentada sobre la calidad de la atención del proveedor fuera del plan.

Kaiser Permanente **no** cubre la finalización de los servicios cubiertos de proveedores fuera del plan si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Los servicios no tienen cobertura de atención médica administrada de Medi-Cal.
- Su proveedor no acepta trabajar con Kaiser Permanente. Deberá buscar un nuevo proveedor.

Consulte el **Capítulo 3** de esta **Guía para miembros** para obtener más información sobre cómo obtener atención.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

G. Su equipo de atención y plan de atención

G1. Equipo de atención

Un equipo de atención puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de atención u otro profesional de la salud que usted elija.

Un coordinador de atención es una persona capacitada para ayudarle a administrar la atención que necesita. Obtendrá un coordinador de atención cuando se inscriba en nuestro plan. Esta persona también lo remite a otros recursos comunitarios que es posible que nuestro plan no proporcione y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que aparecen al final de la página para obtener más información sobre su coordinador de atención y equipo de atención.

G2. Plan de atención

Su equipo de atención trabaja con usted para elaborar un plan de atención. Un plan de atención les informa a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus necesidades médicas, de salud conductual y LTSS.

Su plan de atención incluye lo siguiente:

- Sus objetivos de atención médica.
- Un cronograma para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención se reúne con usted después de su valoración de riesgos para la salud. Hablan con usted sobre los servicios que necesita. También le informan acerca de los servicios que tal vez desee considerar obtener. Su plan de atención se basa en sus necesidades. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año.

H. Prima mensual del plan

H1. Prima del plan

Para 2023, la prima mensual para nuestro plan es de **\$29. Si califica para “Beneficio Adicional”, usted no paga una prima mensual por el plan.**



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

I. Su Guía para miembros

Esta **Guía para miembros** es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, es posible que pueda apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros** o llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**.

Puede solicitar una **Guía para miembros** llamando a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página. También puede consultar la **Guía para miembros** en nuestro sitio web en la dirección web que se encuentra en la parte inferior de la página o descargarla.

El contrato tendrá vigencia durante los meses en los que usted esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

J. Otra información importante que recibe de nosotros

Otra información importante que le brindamos incluye su tarjeta de identificación de miembro, información sobre cómo acceder al **Directorio de Proveedores y Farmacias**, e información sobre la **Lista de Medicamentos Cubiertos**.

J1. Su tarjeta de identificación del plan

Con nuestro plan, usted tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal cubiertos por nuestro plan, incluidos servicios y apoyos a largo plazo, ciertos servicios para la salud del comportamiento y medicamentos recetados. Usted muestra esta tarjeta cuando obtiene algún servicio o recetas médicas de la Parte D. La siguiente es una tarjeta de identificación de muestra del miembro:



Si su tarjeta de identificación del miembro se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicio a los Miembros de inmediato al número que se encuentra en la parte inferior de la página. Le enviaremos una nueva.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesitará usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Guarde esta tarjeta en un lugar seguro, en caso de que la necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en vez de su tarjeta de identificación del miembro, el proveedor puede facturar a Medicare en lugar de a nuestro plan y usted podría recibir una factura. Consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para miembros** para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) para acceder a los siguientes servicios:

- Servicios de salud mental especializados que pueda obtener de los planes de salud mental (MHP) del condado.

J2. Directorio de Proveedores y Farmacias

El **Directorio de Proveedores y Farmacias** incluye los proveedores y las farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos.

Si llama a los números de Servicio a los Miembros que se encuentran en la parte inferior de la página, puede pedir el **Directorio de Proveedores y Farmacias**. También puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias** en kp.org/directory.

El **Directorio de Proveedores** enumera los proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos. Todos los proveedores de la red aceptan Medicare y Medicaid, excepto que se indique lo contrario. En caso de que necesite un servicio sin cobertura de nuestro plan que esté cubierto por Medi-Cal, podríamos remitirlo a un organismo estatal de Medi-Cal para ubicar a un proveedor que no pertenece a la red que pueda proporcionarle la atención cubierta por Medi-Cal.

Definición de proveedores de la red

- Algunos de los proveedores de nuestra red son los siguientes:
 - médicos, enfermeros y otros profesionales de atención médica a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que proporcionan servicios médicos en nuestro plan; **y**
 - LTSS, servicios para la salud del comportamiento, agencias de salud en el hogar, proveedores de equipos médicos duraderos y otros que brindan bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medi-Cal.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Los proveedores de la red aceptan el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que acepten surtir a nuestros miembros de los planes sus recetas médicas. Use el **Directorio de Proveedores y Farmacias** para encontrar la farmacia de la red que desee usar.
- Con la excepción de una emergencia, debe surtir sus recetas médicas en una de nuestras farmacias de la red si quiere que nuestro plan le ayude a pagarlos.

Llame a Servicio a los Miembros a los números que aparecen al final de la página para obtener más información. Tanto Servicio a los Miembros como nuestro sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y los proveedores de nuestra red.

J3. Lista de Medicamentos Cubiertos

El plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. La llamamos “Lista de Medicamentos”, para abreviar. Esta le informa qué medicamentos recetados cubre nuestro plan.

La Lista de Medicamentos también le informa si existen reglas o restricciones sobre algún medicamento, tal como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** para obtener más información.

Cada año, le enviamos información sobre cómo acceder a la Lista de Medicamentos, pero puede haber algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicio a los Miembros o visite nuestro sitio web en kp.org/seniorrx.

J4. La Explicación de beneficios

Cuando usa los beneficios para medicamentos recetados de la Parte D, le enviamos un resumen que lo ayuda a entender y dar seguimiento a sus pagos por medicamentos recetados de la Parte D. Este resumen se llama **Explicación de Beneficios (EOB)**.

La EOB le indica el monto total que gastó usted, u otros en su nombre, en medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que pagamos nosotros por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. La EOB proporciona más información sobre los medicamentos que usted toma, tal como los aumentos de precio y otros medicamentos con menor costo compartido que pueden estar disponibles. Puede hablar con su profesional que emite recetas acerca de estas opciones de menor costo. El **Capítulo 6** de esta **Guía para miembros** brinda más información sobre la EOB y cómo lo ayuda a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

También puede solicitarnos que le demos una EOB. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio a los miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.

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.

K. Mantener actualizado su registro de membresía del plan

Puede mantener actualizado su registro de membresía avisándonos cuando cambie su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tenemos sus datos correctos en nuestros registros. Nuestros proveedores y las farmacias de la red también necesitan información correcta sobre usted. **Usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos recibe y cuánto le cuestan.**

Cuéntenos de inmediato sobre lo siguiente:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja de hecho, o compensación del trabajador.
- Cualquier reclamo por responsabilidad, tales como reclamos por un accidente de auto.
- Ingreso a un centro de adultos mayores u hospital.
- Atención de un hospital o sala de emergencias.
- Cambios en su cuidador (o cualquier persona responsable de usted)
- Su participación en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre su participación en un estudio de investigación clínica, pero lo alentamos a que lo haga).

Si alguna información cambia, llame a Servicios a los Miembros.

K1. Privacidad de la información médica protegida (PHI)

La información en su registro de membresía puede incluir información médica protegida (PHI). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos la confidencialidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de esta **Guía para miembros**.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarlo a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención y otras personas para que lo defiendan en su nombre. Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para miembros**.

Capítulo 2 Índice

A. Servicio a los Miembros	16
Decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales sobre la atención médica	17
Decisiones sobre la cobertura para los medicamentos recetados de la Parte D	19
Apelaciones relacionadas con medicamentos recetados de la Parte D.....	20
Quejas informales relacionadas con medicamentos recetados de la Parte D....	21
Solicitudes de pago	23
B. Su coordinador de atención	24
C. Línea telefónica de consejos de enfermería	26
D. Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP)	27
E. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO).....	28
F. Medicare.....	29
G. Medi-Cal	30
H. Oficina de Defensoría General de los Derechos del Paciente	31
I. Servicios sociales del condado.....	32
J. Plan especializado de salud mental del condado	33
K. Departamento de Atención Médica Administrada de California	34
L. Otros recursos	35



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

A. Servicio a los Miembros

TELÉFONO	1-800-443-0815 Esta llamada es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711 Esta llamada es gratuita. los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
CORREO POSTAL	Su oficina local de Servicio a los miembros (consulte el Directorio de Proveedores para obtener ubicaciones).
SITIO WEB	kp.org

Comuníquese con Servicio a los Miembros para obtener ayuda con:

- preguntas sobre el plan;
- preguntas sobre reclamos o facturación.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales sobre la atención médica

TELÉFONO	<p>1-800-443-0815</p> <p>Esta llamada es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.</p> <p>Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p> <p>Si su decisión de cobertura, apelación o queja reúne los requisitos para recibir una decisión rápida, tal como describe el Capítulo 9, llame a la Unidad de Revisiones Aceleradas al 1-888-987-2252, de lunes a sábado, de 8:30 a. m. a 5 p. m.</p>
LÍNEA TTY	<p>711</p> <p>Esta llamada es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.</p>
FAX	<p>Si su decisión de cobertura, apelación o queja reúne los requisitos para recibir una decisión rápida, envíe su solicitud por fax a nuestra Unidad de Revisiones Aceleradas al 1-888-987-2252.</p>
CORREO POSTAL	<p>Para una decisión normal sobre la cobertura o una queja, escriba a su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el Directorio de Proveedores para obtener ubicaciones).</p> <p>Para una apelación estándar, escriba a la dirección indicada en el aviso de denegación que le enviamos.</p> <p>Si su decisión de cobertura, apelación o queja reúne los requisitos para recibir una decisión rápida, escriba a:</p> <p>Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
SITIO WEB	<p>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.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Comuníquese con los números anteriores para obtener ayuda con lo siguiente:

- Decisiones de cobertura sobre su atención médica
 - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre lo siguiente:
 - sus beneficios y servicios cubiertos o
 - la cantidad que pagamos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.
- Apelaciones sobre su atención médica
 - Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y de pedirnos que la cambiemos si usted considera que cometimos un error o si no está de acuerdo con la decisión.
 - Para obtener más información sobre hacer apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

- Quejas sobre su atención médica
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluidos los proveedores de la red o fuera de ella). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió con nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (consulte la **Sección F**).
 - Puede llamarnos y explicarnos su queja al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja acerca de nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. O puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para pedir ayuda.
 - Puede presentar una queja sobre nuestro plan ante el Programa Ombuds llamando al **1-888-452-8609**. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto los días festivos estatales.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.

Decisiones sobre la cobertura para los medicamentos recetados de la Parte D

TELÉFONO	1-877-645-1282 Esta llamada es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711 Esta llamada es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-844-403-1028
CORREO POSTAL	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 25183 Santa Ana, CA 92799
SITIO WEB	kp.org



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Comuníquese con los números anteriores para obtener ayuda con lo siguiente:

- Decisiones sobre la cobertura para sus medicamentos cubiertos de Medicare.
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de Medicare es una decisión sobre lo siguiente:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos de Medicare, o
 - el monto que pagamos por sus medicamentos de Medicare.
 - Los medicamentos cubiertos que no son de Medicare, como medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273**.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos recetados de Medicare, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.

Apelaciones relacionadas con medicamentos recetados de la Parte D

TELÉFONO	1-866-206-2973 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, 8:30 a. m. a 5 p. m. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-866-206-2974
CORREO POSTAL	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
SITIO WEB	kp.org/



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Comuníquese con los números anteriores para obtener ayuda con lo siguiente:

- Apelaciones sobre sus medicamentos de Medicare
 - Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar apelaciones sobre sus medicamentos recetados de Medicare, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.

Quejas informales relacionadas con medicamentos recetados de la Parte D

TELÉFONO	<p>1-800-443-0815</p> <p>Esta llamada es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.</p> <p>Si su queja reúne los requisitos para recibir una decisión acelerada, puede llamar a la Unidad de la Parte D al 1-866-206-2973, de 8:30 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes. Consulte el Capítulo 9 para saber si su problema reúne los requisitos para recibir una decisión rápida.</p> <p>Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
LÍNEA TTY	<p>711</p> <p>Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.</p>
FAX	<p>Si su queja reúne los requisitos para recibir una decisión rápida, envíe su solicitud por fax a nuestra Unidad de la Parte D al 1-866-206-2974.</p>
CORREO POSTAL	<p>Para presentar una queja estándar, escriba a su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el Directorio de Proveedores para conocer las ubicaciones).</p> <p>Si su queja reúne los requisitos para recibir una decisión rápida, escriba a:</p> <p>Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
SITIO WEB	<p>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.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Comuníquese con los números anteriores para obtener ayuda con lo siguiente:

- Quejas informales sobre sus medicamentos de Medicare
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos recetados de Medicare.
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de Medicare, puede presentar una apelación. (Consulte la Sección **D**).
 - Puede enviar una queja acerca de nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. O puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de Medicare, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Solicitudes de pago

TELÉFONO	<p>1-800-443-0815</p> <p>Esta llamada es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.</p> <p>Nota: Si solicita el pago de un medicamento de la Parte D que haya recetado un proveedor de la red y que haya obtenido en una farmacia de la red, llame a nuestra Unidad de la Parte D al 1-866-206-2973. De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.</p> <p>Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
LÍNEA TTY	<p>711</p> <p>Esta llamada es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.</p>
CORREO POSTAL	<p>Para atención médica, escriba a:</p> <p>Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 12923 Oakland, CA 94604-2923</p> <p>Para medicamentos de la Parte D:</p> <p>Si está solicitando el pago de un medicamento de la Parte D que fue recetado y suministrado por un proveedor de la red, puede enviar por fax su solicitud al 1-866-206-2974 o enviarnos un correo a:</p> <p>Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
SITIO WEB	kp.org

Comuníquese con los números anteriores para obtener ayuda con lo siguiente:

- Pago por atención médica o medicamentos de Medicare que ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para miembros**.
 - Si nos pide que paguemos una factura y nosotros rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar esta decisión. Consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

B. Su coordinador de atención

Ofrecemos servicios para ayudarle a coordinar sus necesidades de atención médica sin costo para usted. Coordinaremos con otros programas para asegurar que reciba todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico cubiertos por Medi-Cal o Medicare, incluso si esos servicios están cubiertos por otro programa y no por nosotros.

TELÉFONO	<p>Redwood City: 1-650-299-3845, de lunes a jueves, de 9 a. m. a 5 p. m. y viernes de 9 a. m. a 1 p. m.</p> <p>Santa Clara: 1-408-366-4387, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m.</p> <p>San José: 1-408-972-6376, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m.</p> <p>Sur de San Francisco: 1-650-301-5853, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m.</p> <p>Cerrado en días festivos.</p>
LÍNEA TTY	<p>711</p> <p>Esta llamada es gratuita. los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.</p>
CORREO POSTAL	<p>Redwood City: 1100 Veterans Boulevard Cypress Building, 2nd Floor - Station E Redwood City, CA 94063 Attn: SNP/CCM</p> <p>Santa Clara: Special Needs Program Attn: Grace Monico 19000 Homestead Rd, Bldg 1, 2nd Fl, Cupertino, CA 95014</p> <p>San José: 6620 Via Del Oro 2nd Floor Room 208 San Jose, CA 95119</p> <p>Sur de San Francisco: 395 Hickey Blvd 4th Floor Daly City, CA 94105 Attn: SNP Team</p>
SITIO WEB	<p>https://thrive.kaiserpermanente.org/care-near-you/northern-california/santaclara/departments/member-services/</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Comuníquese con su coordinador de atención para que lo ayuden con lo siguiente:

- preguntas sobre su atención médica,
- preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por abuso de sustancias),
- preguntas sobre transporte,
- preguntas sobre servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).

Los LTSS incluyen Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS) y centros de enfermería (NF).

Cubrimos estos beneficios de atención a largo plazo para los miembros que reúnan los requisitos, a saber:

- Servicios en centros de atención a largo plazo cuando los aprobemos.
- Servicios de centros de enfermería especializada.

Si reúne los requisitos para los servicios de atención a largo plazo, nos aseguraremos de que se le ubique en un centro que brinde el nivel de atención más apropiado para sus necesidades médicas. Para obtener información sobre estos programas y sobre elegibilidad, hable con su proveedor de atención primaria o su coordinador de atención.

A veces, puede obtener ayuda con su atención médica diaria y sus necesidades de vida.

Es posible que pueda obtener estos servicios:

- Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS). Los CBAS son servicios para los que puede reunir los requisitos si tiene problemas de salud que hacen que cuidar de sí mismo sea difícil para usted y necesita beneficios adicionales. Los centros de CBAS también ofrecen capacitación y apoyo para su familia o su cuidador.
- Atención de enfermería especializada.
- Fisioterapia.
- Terapia ocupacional.
- Terapia del habla.
- Servicios médico-sociales.
- Atención médica a domicilio.
- Atención a largo plazo en un centro de enfermería especializada, un centro de atención intermedia o en un centro de atención subaguda para estadías más prolongadas que las que cubre Medicare.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

C. Línea telefónica de consejos de enfermería

Sabemos que a veces es difícil saber qué tipo de atención necesita.

En ocasiones, es difícil saber qué tipo de atención necesita. Contamos con profesionales de la salud certificados para ayudarle por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede hacer lo siguiente:

- Hablar con un profesional de la salud que responderá sus preguntas médicas, le dará consejos de atención y le ayudará a decidir si debe ver a un proveedor de inmediato.
- Obtener ayuda con afecciones médicas, como diabetes o asma, incluidos consejos sobre qué tipo de proveedor puede ser el correcto para su afección.
- Obtener ayuda sobre qué hacer si necesita atención y una instalación del plan está cerrada, o usted está fuera de nuestra área de servicio.

Cuando llame, es posible que una persona de apoyo capacitada le haga algunas preguntas para determinar cómo dirigir su llamada.

TELÉFONO	1-866-454-8855 Esta llamada es gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711 Esta llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

D. Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP)

El Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) brinda asesoramiento gratuito sobre seguros médicos a las personas con Medicare. Los consejeros del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer para manejar su problema. El HICAP tiene consejeros capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos.

El HICAP no está afiliado a ninguna compañía de seguros ni a un plan de salud.

TELÉFONO	1-800-434-0222 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	La oficina de HICAP de su condado.
SITIO WEB	https://www.aging.ca.gov/HICAP/

Contacte a HICAP para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre nuestro plan o Medicare
- Los consejeros de HICAP pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiarse a un nuevo plan y ayudarlo a:
 - entender sus derechos,
 - entender sus opciones de planes,
 - presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento,
 - solucionar problemas con sus facturas.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

E. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Livanta. Este es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Livanta no está relacionada con nuestro plan.

TELÉFONO	1-877-588-1123
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	www.livantaqio.com

Comuníquese con Livanta para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre sus derechos de atención médica
- Puede presentar una queja sobre la atención que recibió si ocurre lo siguiente:
 - tiene un problema con la calidad de la atención;
 - piensa que su estadía en el hospital está terminando demasiado pronto
 - considera que sus servicios de atención médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios recibidos en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes (CORF) termina demasiado pronto.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

F. Medicare

Medicare es un programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, ciertas personas menores de 65 años con incapacidades y personas con insuficiencia renal crónica en fase 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 o CMS.

TELÉFONO	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número no tienen costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
LÍNEA TTY	<p>1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar.</p>
SITIO WEB	<p>medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, centro de adultos mayores, médicos, agencias de salud en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes internados y centros de cuidados paliativos.</p> <p>Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También tiene documentos que puede imprimir directamente desde su computadora.</p> <p>Si no tiene una computadora, puede visitar nuestro sitio web desde la computadora de una biblioteca o un centro para personas de la tercera edad de su localidad. O bien, puede llamar a Medicare al número anterior y decirles qué está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

G. Medi-Cal

Medi-Cal es el programa Medicaid en California. Este es un programa de seguro público que proporciona servicios de atención para la salud para personas de bajos ingresos, incluidas familias con niños, personas de la tercera edad, personas con incapacidades, cuidados de crianza, mujeres embarazadas y personas con enfermedades específicas, tales como tuberculosis, cáncer de mama o VIH/SIDA. Medi-Cal está financiado por el gobierno estatal y federal.

TELÉFONO	1-844-580-7272 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.
LÍNEA TTY	1-800-430-7077 Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar.
CORREO POSTAL	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
SITIO WEB	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

H. Oficina de Defensoría General de los Derechos del Paciente

La Oficina de Defensoría General de los Derechos del Paciente trabaja como un defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarlo a entender qué debe hacer. La Oficina de Defensoría General de los Derechos del Paciente también puede ayudarlo con problemas de servicio o facturación. La Oficina de Defensoría General de los Derechos del Paciente no tomará partido automáticamente en una queja. Tienen en consideración todas las partes de manera imparcial y objetiva. Es su trabajo ayudar a desarrollar soluciones justas para los problemas de acceso a la atención médica. Sus servicios son gratuitos.

TELÉFONO	1-888-452-8609 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
LÍNEA TTY	711 Esta llamada es gratuita.
CORREO POSTAL	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
CORREO ELECTRÓNICO	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/services/medical/Pages/MMCDOmbudsman.aspx



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

I. Servicios sociales del condado

Si necesita ayuda con su inscripción a Medi-Cal, comuníquese con su agencia local del condado.

Centro de Solicitud de Asistencia de la Agencia de Servicios Sociales del condado de Santa Clara

TELÉFONO	1-408-758-3800 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto los días festivos del condado
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	1867 Senter Road San Jose, CA 95112
SITIO WEB	https://socialservices.sccgov.org/health-coverage



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

J. Plan especializado de salud mental del condado

Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal están disponibles para usted a través del plan de salud mental del condado (MHP) si cumple con los criterios de necesidad desde el punto de vista médico.

TELÉFONO	<p>1-800-704-0900</p> <p>Esta llamada es gratuita.</p> <p>Las llamadas a este número no tienen costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
LÍNEA TTY	<p>711</p> <p>Esta llamada es gratuita.</p>

Comuníquese con el plan especializado de salud mental del condado para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre los servicios de salud mental proporcionados por el condado.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

K. Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) es el responsable de regular los planes de salud. El Centro de Ayuda del DMHC puede ayudarle con las apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal.

TELÉFONO	1-888-466-2219 Los representantes del DMHC están disponibles entre las 8 a. m. y las 6 p. m., de lunes a viernes.
TDD	1-877-688-9891 Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar.
CORREO POSTAL	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
SITIO WEB	www.dmhc.ca.gov



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

L. Otros recursos

El Programa Ombuds de Health Consumer Alliance (HCA) ofrece asistencia GRATUITA para las personas que tienen dificultades para obtener o mantener la cobertura de salud y resolver problemas con sus planes de salud.

Si tiene problemas con lo siguiente:

- Medi-Cal.
- Medicare.
- Su plan de salud.
- Acceso a los servicios médicos.
- Apelación de servicios, medicamentos, equipo médico duradero (DME), servicios de salud mental, etc. denegados.
- Facturación médica.
- Servicios de apoyo en el hogar (IHSS).

Health Consumer Alliance ayuda con quejas informales, apelaciones y audiencias. El número de teléfono de Health Consumer Alliance es **1-888-804-3536** (TTY **877-735-2929**).



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo tiene términos y reglas específicos que debe conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos con nuestro plan. También le informa sobre su coordinador de atención, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y bajo ciertas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer si le facturan directamente los servicios que cubrimos y las reglas para ser propietario de Equipo Médico Duradero (DME). Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para miembros**.

Capítulo 3 Índice

A. Información sobre servicios y proveedores	38
B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan	38
C. Su coordinador de atención	40
C1. Qué es un coordinador de atención	40
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención	40
C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención	40
D. Atención de los proveedores	41
D1. Atención de un proveedor de atención primaria	41
D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores de la red	43
D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan	45
D4. Proveedores que no pertenecen a la red	46
E. Servicios de la salud del comportamiento (salud mental y trastorno por abuso de sustancias)	47
E1. Servicios para la Salud del Comportamiento de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan	47



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

- F. Servicios de transporte..... 49
 - F1. Transporte médico para situaciones que no sean de emergencia 49
 - F2. Transporte no médico 50
- G. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesiten con urgencia o durante un desastre 52
 - G1. Atención en una emergencia médica 52
 - G2. Atención de urgencia..... 54
 - G3. Atención durante un desastre..... 55
- H. Qué hacer si le facturan directamente los servicios que nuestro plan cubre 55
 - H1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios 56
- I. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica..... 56
 - I1. Definición de un estudio de investigación clínica 56
 - I2. Pago por los servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica..... 57
 - I3. Más información sobre estudios de investigación clínica 57
- J. Cómo se cubren los servicios de atención médica en una institución religiosa y no médica para el cuidado de la salud..... 58
 - J1. Definición de institución religiosa no médica para el cuidado de la salud 58
 - J2. Atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud..... 58
- K. Equipo médico duradero (DME)..... 59
 - K1. DME como miembro de nuestro plan..... 59
 - K2. Propiedad del DME si cambia a Original Medicare..... 60
 - K3. Beneficios de los equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan 60
 - K4. Equipos de oxígeno cuando cambia a Original Medicare 60



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** son atención médica (como consultas médicas y tratamiento médico), servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), suministros, servicios para la salud del comportamiento (incluidos la salud mental y el bienestar), medicamentos recetados y de venta sin receta, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son algunos de estos servicios que paga nuestro plan. La atención médica, la salud del comportamiento y los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos están en el **Capítulo 4** de esta **Guía para miembros**. Los medicamentos recetados y de venta sin receta cubiertos están en el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros**.

Los **proveedores** son los médicos, enfermeras y otras personas que le brindan servicios y atención. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, servicios de salud mental, equipo médico y ciertos servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago como pago completo. Los proveedores de la red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan. Cuando utiliza un proveedor de la red, generalmente no pagará nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre los servicios de Medicare y cubre o coordina todos los servicios de Medi-Cal. Esto incluye salud mental y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).

Nuestro plan coordinará los servicios de atención médica, los servicios de salud mental y los LTSS que recibe cuando sigue nuestras reglas. Para que nuestro plan lo cubra debe suceder lo siguiente:

- El cuidado que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que lo incluimos en nuestra Cuadro de Beneficios en el **Capítulo 4** de esta **Guía para miembros**.
- La atención debe ser **necesaria desde el punto de vista médico**. Ser “necesario desde el punto de vista médico” implica que son servicios importantes que son razonables y protegen la vida. La atención necesaria desde el punto de vista médico es necesaria para evitar que las personas se enfermen gravemente o queden con discapacidad y reduce el dolor intenso mediante el tratamiento de enfermedades, dolencias o lesiones.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

- Para servicios médicos, debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red quién ordena la atención o le dice que use otro proveedor. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe darle su aprobación antes de que pueda usar un proveedor que no sea su PCP o usar otros proveedores en la red de nuestro plan. A esto se le conoce como **referencia**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una referencia para usar ciertos especialistas, tales como los especialistas en salud de la mujer.
 - No necesita una referencia de su PCP para recibir atención de emergencia o de urgencia ni para usar un proveedor de atención médica para mujeres. Puede recibir otros tipos de atención sin una referencia de su PCP (para obtener más información, consulte la Sección D1 de este capítulo).
- **Debe obtener su atención de proveedores de la red.** Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados por los proveedores fuera de la red. A continuación, se presentan algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - Cubrimos atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección H de este capítulo).
 - Si necesita atención que nuestro plan cubre y los proveedores de nuestra red no pueden brindársela, puede obtener atención de un proveedor fuera de la red si nosotros o Medical Group autoriza los servicios antes de que usted obtenga la atención. En este caso, cubrimos la atención como si la obtuvieras de un proveedor de red.
 - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan durante un periodo breve o cuando su proveedor no está disponible o accesible temporalmente. Puede obtener estos servicios en un centro de atención de diálisis certificado por Medicare. El costo compartido que paga 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 la diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

- Cuando se une a nuestro plan por primera vez, puede solicitar continuar usando sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta solicitud si podemos establecer que usted tenía una relación existente con los proveedores. Consulte el **Capítulo 1** de esta **Guía para miembros**. Si aprobamos su solicitud, puede continuar usando los proveedores que usa ahora hasta por 12 meses para los servicios. Durante ese tiempo, su coordinador de atención se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar proveedores en nuestra red. Después de 12 meses, ya no cubrimos su atención si continúa usando proveedores que no están en nuestra red.
- Nuevos miembros de **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara**: En la mayoría de los casos, estará inscrito en nuestro plan **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara** para que reciba sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a su solicitud de inscripción en **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara**. Aún puede recibir los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después de ese periodo, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través del plan **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara**. No habrá interrupciones en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llámenos al **1-800-443-0815** (TTY 711). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

C. Su coordinador de atención

C1. Qué es un coordinador de atención

Su Coordinador del Programa para personas con necesidades especiales es responsable por coordinar su atención. Se comunicarán con usted anualmente para una valoración de riesgos para la salud y también luego de un alta hospitalaria. (Para obtener más información al respecto, consulte la **Sección G** del **Capítulo 2**).

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención

Consulte la **Sección G** del **Capítulo 2** para obtener más información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención.

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención

Para cambiar de coordinador de atención, comuníquese con su coordinador de atención (consulte la **Sección G** del **Capítulo 2** para obtener más información).



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

D. Atención de los proveedores

D1. Atención de un proveedor de atención primaria

Debe escoger un proveedor de atención primaria (PCP) que le proporcione y coordine su atención.

Definición de PCP y qué hace por usted

Su proveedor de atención primaria es un médico que cumple con los requisitos estatales y que está capacitado para proporcionar atención primaria. 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 el punto D2 en este capítulo para obtener más información).

Su selección de PCP

Por lo general, su PCP ejercerá la medicina general (también llamada medicina interna o para adultos y medicina familiar) y, en algunos casos, la obstetricia o ginecología. En algunos centros de atención de la red, si lo prefiere, puede elegir un enfermero con práctica médica o un auxiliar médico disponible para que sea su proveedor de atención primaria. 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 “Servicios que puede obtener sin aprobación previa de su PCP” de este capítulo).

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.

Opción de cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Si su PCP abandona nuestra red, podemos ayudarlo a encontrar un nuevo PCP en nuestra red.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

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 **nuestro número de selección de médico personal al 1-888-956-1616 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. **También puede escoger en kp.org/finddoctors.**

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 a domicilio 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.

Servicios que puede obtener sin la aprobación de su PCP

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación de su PCP antes de usar otros proveedores. Esta aprobación se llama **referencia**. Puede recibir servicios como los que se mencionan a continuación sin antes obtener una aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Atención de urgencia de proveedores de la red.
- Atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a un proveedor de la red (por ejemplo, si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o durante el fin de semana). **Nota:** La atención de urgencia se debe necesitar de inmediato y ser médicamente necesaria.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de atención de diálisis certificado por Medicare cuando esté fuera del área de servicio de nuestro plan. Llame a Servicios a los Miembros antes de abandonar el área de servicio. Podemos ayudarlo a recibir diálisis mientras esté fuera.
- Vacunas contra la gripe y contra COVID-19, así como también las vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de rutina de atención de la salud de la mujer y planificación familiar. Esta 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.
- Segundas opiniones de otro proveedor de la red, excepto cierta atención especializada.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

- Citas en las siguientes áreas: optometría, abuso de sustancias y psiquiatría.
- Servicios de atención preventiva, excepto exámenes de detección de aneurisma de la aorta abdominal, terapia nutricional médica, sigmoidoscopia flexible, colonoscopia de detección, densitometría ósea de detección y análisis de laboratorio.
- Además, si es elegible para recibir servicios de Proveedores Atención Médica indígenas, puede usar estos proveedores sin una referencia.
- Citas para servicios sensibles.

D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas, por ejemplo:

- Oncólogos, que atienden a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos, que atienden a pacientes que tienen enfermedades del corazón.
- Ortopedistas, que atienden a pacientes que tienen problemas en huesos, músculos o 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, que se describen anteriormente en la Sección D1.

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 consultas 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 consultas, 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 consultas adicionales en su referencia. De lo contrario, es posible que los servicios no estén cubiertos.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

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 debidamente certificados tomarán 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 Error! Reference source not found..

- Servicios y artículos identificados en el **Capítulo 4** con una nota al pie (†).
- 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 atención de posestabilización 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 posestabilización 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 Error! Reference source not found. de este capítulo.
- Cirugía de cambio de sexo necesaria desde el punto de vista médico y procedimientos asociados.
- Atención de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud descrita en la **Sección J** de este capítulo.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

- Si su proveedor de la red hace una referencia escrita o electrónica para una evaluación de un trasplante, el comité asesor regional de trasplantes de Medical Group o la junta o conferencia de caso (si existe) autorizará la referencia si determina que usted es un candidato potencial para el trasplante de órganos y el servicio está cubierto de acuerdo con las pautas de Medicare. Si no existiera una junta o comité de trasplantes, el Medical Group lo referirá a uno o más médicos de un centro de trasplantes, y el Medical Group autorizará los servicios si los médicos del centro de trasplantes determinan que son necesarios desde el punto de vista médico o tienen cobertura de acuerdo con las pautas de Medicare. Nota: Un médico de la red puede brindar o autorizar un trasplante de córnea sin seguir este procedimiento de autorización de trasplantes del Medical Group.

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan

Un proveedor de la red que utilice puede abandonar nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia durante el año, debemos darle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Hacemos todo lo posible para avisarle con al menos 30 días de anticipación para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudamos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a pedir que no se interrumpa el tratamiento necesario desde el punto de vista médico que esté recibiendo y nosotros colaboramos con usted para garantizar que así sea.
- Si no podemos encontrar un especialista de la red calificado accesible para usted, debemos coordinar que un especialista fuera de la red le brinde atención.
- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior con un proveedor calificado o que no administramos bien su atención, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la QIO, una queja formal sobre la calidad de la atención o ambas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

Si se entera de que uno de sus proveedores va a abandonar nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a encontrar un proveedor nuevo y coordinar su atención. Comuníquese con nosotros al **1-800-443-0815** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

D4. 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 fuera de la red. Para obtener más información sobre el tema y para saber qué significa servicios de emergencia o urgentes, consulte la Sección D1 de este capítulo.
- Nosotros o el Medical Group autorizamos una referencia a un proveedor fuera de la red, según se describe en la Sección D2 de este capítulo.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de atención de diálisis certificado por 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 Guía para miembros 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 ubica 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.
- Para los servicios de Medi-Cal, puede acudir a un proveedor fuera de la red sin una referencia o aprobación previa para servicios de emergencia o para ciertos servicios de atención sensible. También puede ir a un proveedor fuera de la red para recibir atención de urgencia fuera del área cuando se encuentre en un área donde no operamos. Si necesita servicios de atención mental para pacientes ambulatorios, puede acudir a un proveedor de la red o a un proveedor del plan de salud mental del condado sin autorización previa. Debe tener una referencia o una aprobación previa para todos los demás servicios fuera de la red o no se cubrirán.
- Nota: Si usted es indígena estadounidense, puede obtener atención de un Proveedor de Atención Médica Indígena fuera de nuestra red de proveedores sin una referencia.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

E. Servicios de la salud del comportamiento (salud mental y trastorno por abuso de sustancias)

Tiene acceso a los servicios para la salud del comportamiento médicamente necesarios que Medicare y Medi-Cal cubren. Brindamos acceso a los servicios para la salud del comportamiento cubiertos por Medicare y para condiciones de salud del comportamiento de leves a moderadas cubiertas por Medi-Cal. Nuestro plan no cubre los servicios de salud mental especializados cubiertos por Medi-Cal, pero estos servicios están disponibles para usted a través de su plan de salud mental de su condado. Para obtener más información sobre los servicios de salud mental disponibles a través del plan de salud mental de su condado, comuníquese con el siguiente departamento:

Servicios para la Salud del Comportamiento del condado de Santa Clara al **(800)-704-0900 (TTY 711)**.

E1. Servicios para la Salud del Comportamiento de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están disponibles para usted a través del plan de salud mental (“MHP”) del condado si cumple con los criterios para acceder a los servicios de salud mental especializados. Servicios de salud mental especializados de Medi-Cal proporcionados por los Servicios para la Salud del Comportamiento del condado de Santa Clara al **(800)-704-0900 (TTY 711)**.

Servicios para pacientes ambulatorios

- Servicios de salud mental (evaluaciones, desarrollo del plan, terapia, rehabilitación y visitas de parientes).
- Servicios de apoyo de medicamentos.
- Servicios intensivos de tratamiento de día.
- Servicios de rehabilitación de día.
- Servicios de intervención en casos de crisis.
- Servicios de estabilización de crisis.
- Servicios específicos de administración de casos.
- Servicios terapéuticos del comportamiento.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Tratamientos residenciales

- Servicios de tratamiento residencial para adultos y niños.
- Servicios de tratamiento residencial para crisis.

Servicios para pacientes internos

- Servicios para pacientes psiquiátricos hospitalizados en estado agudo.
- Servicios profesionales para pacientes psiquiátricos hospitalizados.
- servicios en centros de atención psiquiátricos.

Para obtener más información sobre los servicios especializados de salud mental que brinda el plan de salud mental del condado, puede llamar al condado.

Para obtener más información sobre los servicios de salud mental disponibles a través del plan de salud mental de su condado, comuníquese con el siguiente departamento:

- Santa Clara – Servicios para la Salud del Comportamiento del condado de Santa Clara al **(800)-704-0900** (TTY **711**).

Los servicios de Medi-Cal o el Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal están disponibles para usted a través de los Servicios para la Salud del Comportamiento del condado de Santa Clara si cumple con los criterios para recibir estos servicios. Entre los servicios de medicamentos de Medi-Cal, se incluyen los siguientes:

- Servicios intensivos de tratamiento ambulatorio.
- Servicios de tratamiento en entorno residencial.
- Servicios sin medicamentos para pacientes ambulatorios.
- Servicios de tratamiento de consumo de narcóticos.
- Servicios con naltrexona para la dependencia de opiáceos.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Los servicios del Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal incluyen los siguientes:

- Servicios para pacientes ambulatorios y ambulatorios intensivos.
- Medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido por medicamentos).
- Residencial/Paciente hospitalizado.
- Manejo de la abstinencia.
- Servicios de tratamiento de consumo de narcóticos.
- Servicios de recuperación.
- Coordinación de la atención.

Además de los servicios que se mencionan anteriormente, puede tener acceso a servicios voluntarios de desintoxicación para pacientes hospitalizados si cumple con los criterios.

F. Servicios de transporte

F1. Transporte médico para situaciones que no sean de emergencia

Tiene derecho a usar transporte médico que no es de emergencia si tiene necesidades médicas que no le permiten usar un automóvil, autobús, tren o taxi para ir a sus citas de Medi-Cal. Se puede proporcionar transporte médico que no es de emergencia para servicios cubiertos de Medi-Cal, como citas médicas, dentales, de salud mental, de uso de sustancias y farmacéuticas. Si necesita transporte médico que no es de emergencia, puede hablar con su médico de atención primaria y solicitarlo. Su médico de atención primaria decidirá el mejor tipo de transporte para satisfacer sus necesidades.

El transporte médico que no es de emergencia es una ambulancia, camioneta equipada para el transporte en silla de ruedas o camilla o transporte aéreo. Nuestro plan permite el medio de transporte cubierto de menor costo y el transporte médico que no es de emergencia más adecuado para sus necesidades médicas cuando necesite que lo lleven a su cita. Por ejemplo, si puede ser transportado física o médicamente en una camioneta equipada para el transporte en silla de ruedas, nuestro plan no pagará una ambulancia. Solo tiene derecho a ser transportado por aire si su afección médica hace que cualquier forma de transporte terrestre sea imposible.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

El transporte médico que no es de emergencia debe utilizarse en los siguientes casos:

- No puede usar física o médicamente un autobús, taxi, vehículo o camioneta para llegar a su cita.
- Necesita ayuda del conductor para ingresar y salir de su hogar, vehículo o lugar de tratamiento debido a una discapacidad física o mental.

Si su médico decide que necesita transporte médico que no es de emergencia, se lo recetará. Lo llamaremos para programar su transporte médico que no sea de emergencia.

Límites del transporte médico

Nuestro plan cubre el transporte médico de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. Cubrimos el transporte para los servicios de Medicare solo cuando los cubrimos nosotros, y para los servicios de Medi-Cal. Si Medi-Cal cubre el tipo de cita, pero no a través de nosotros, nuestro plan le ayudará a programar su transporte. En el **Capítulo 4** de este manual se incluye una lista de los servicios cubiertos. El transporte no está cubierto fuera de la red o el área de servicio de nuestro plan a menos que se autorice previamente.

F2. Transporte no médico

Los beneficios del transporte no médico incluyen viajar hacia y desde sus citas para un servicio autorizado por su proveedor. Puede obtener transporte, sin costo para usted, en los siguientes casos:

- para viajar desde y hacia una cita para obtener un servicio autorizado por su proveedor, o
- para recoger recetas y suministros médicos.

Nuestro plan le permite usar un auto, taxi, autobús u otra forma de transporte público o privado para acudir a su cita no médica para obtener servicios autorizados por su proveedor. Cubrimos el tipo de transporte no médico de menor costo que satisfaga sus necesidades.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

A veces, se le puede reembolsar por el transporte en un vehículo privado que usted coordine. Nuestro plan debe aprobar esto **antes** de que reciba el transporte, y debe decirnos por qué no puede obtener un servicio de transporte de otra manera, como tomar el autobús. **No se le puede reembolsar si conduce usted mismo.**

El reembolso de millas requiere todo lo siguiente:

- la licencia de conducir del conductor
- el registro del vehículo del conductor
- el comprobante de seguro de automóvil para el conductor

Para pedir transporte para servicios que han sido autorizados, llame a nuestro proveedor de transporte al **1-844-299-6230 (TTY 711)** al menos tres días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible.

Cuando llame, deberá contar con todo lo siguiente:

- su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente
- la fecha y hora de sus citas médicas
- la dirección donde necesita que lo pasen a buscar y la dirección a la que se dirige
- si necesitará servicios de transporte para el viaje de vuelta
- si alguien viajará con usted (por ejemplo, el padre/la madre/el tutor legal o el cuidador)

Nota: Los indígenas estadounidenses pueden comunicarse con su Clínica de salud para indígenas estadounidenses local para solicitar transporte no médico.

Límites del transporte no médico

Nuestro plan brinda el transporte no médico de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible.

No puede conducir usted mismo ni recibir un reembolso directo.

El transporte no médico **no** aplica si sucede lo siguiente:

- Se necesita una ambulancia, una camioneta equipada para el transporte en silla de ruedas o camilla u otra forma de transporte médico que no es de emergencia para llegar a un servicio.
- Necesita asistencia del conductor para trasladarse desde su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una condición médica.
- Está en una silla de ruedas y no puede entrar y salir del vehículo sin la ayuda del conductor.
- Nosotros no cubrimos el servicio de Medicare.
- El servicio no tiene cobertura de Medi-Cal.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

G. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesiten con urgencia o durante un desastre

G1. Atención en una emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas como dolor intenso o una lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría anticipar que causaría lo siguiente:

- un riesgo grave para su salud o la de su bebé en gestación, o
- un daño grave a las funciones del organismo, o
- una disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo, o
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
 - no hay tiempo suficiente para trasladarla a otro hospital antes del parto;
 - un traslado a otro hospital podría amenazar su salud o seguridad, o la de su bebé en gestación.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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.

Si tiene una emergencia médica haga lo siguiente:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al **911** o use el servicio de emergencia u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. **No** necesita la aprobación o referencia de su PCP. No necesita utilizar un proveedor de la red. Puede obtener atención médica de emergencia, incluidos servicios de ambulancia, cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios o en todo el mundo, de cualquier proveedor con una certificación estatal apropiada.

Atención de posestabilización

Informe a nuestro plan sobre su emergencia tan pronto como sea posible. Haremos 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. Sin embargo, no pagará los servicios de emergencia si se demora en informarnos. Encontrará el número al que debe llamar en el dorso de la tarjeta de membresía del plan.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

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 estado continúe siendo estable. Sus médicos continuarán tratándole hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes sobre atención adicional. Cubriremos la atención de posestabilización de seguimiento, según la ley correspondiente. Es muy importante que su proveedor nos llame para obtener una autorización para la atención de posestabilización **antes** de que usted reciba la atención del proveedor fuera de la red. El proveedor que le esté tratando debe recibir nuestra autorización antes de que paguemos por la atención de posestabilización. En la mayoría de los casos, solo será responsable financieramente si el proveedor fuera de la red o nosotros le notificamos sobre su posible responsabilidad.

Para solicitar la aprobación previa para que reciba atención de posestabilización de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe llamarnos al **1-800-225-8883 (TTY 711)**. También pueden llamarnos al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente. El proveedor debe llamarnos antes de que usted reciba los servicios.

Cuando el proveedor nos llame, hablaremos con el médico que lo esté tratando por su problema de salud. Si determinamos que necesita atención de posestabilización, autorizaremos los servicios cubiertos. En algunos casos, es posible que dispongamos que un proveedor de la red preste la atención.

Si decidimos que un hospital de la red, un centro de enfermería especializada u otro proveedor proporcione la atención, es posible que autoricemos servicios de transporte que sean necesarios desde el punto de vista médico para llevarlo hasta el proveedor. Esto puede incluir servicios especiales de transporte para los que normalmente no ofreceríamos cobertura.

Debe preguntar al proveedor qué atención (incluido el transporte) hemos autorizado. Ofrecemos cobertura solamente de los servicios o el transporte correspondiente que hayamos autorizado. Si pide y recibe servicios que no tienen cobertura, es posible que no le paguemos los servicios al proveedor.

La atención de posestabilización también incluye equipo médico duradero (“DME”) solo cuando se cumplen todas las condiciones siguientes:

- El artículo de DME está cubierto según lo descrito en el **Capítulo 4** de esta **Guía para miembros**.
- Es necesario desde el punto de vista médico que tenga el artículo de DME después de salir del hospital.
- El artículo de DME está relacionado con la atención de emergencia que recibió en el hospital.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Obtención de atención de emergencia si no se trataba de una emergencia

A veces es difícil saber si lo que se tiene es una emergencia médica o de salud del comportamiento. Es posible que usted acuda para recibir atención de emergencia y el médico diga que no era realmente una emergencia. Cubrimos su atención siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro.

Una vez que el médico indique que no era una emergencia, cubrimos la atención adicional únicamente si:

- usted usa un proveedor de la red, **o**
- la atención adicional que reciba se considera “atención de urgencia” y usted sigue las reglas (consulte la sección G2) para recibirla.

G2. Atención de urgencia

La atención de urgencia es la atención que recibe por una situación que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, es posible que tenga una reagudización de una afección existente o un dolor de garganta intenso que ocurra durante el fin de semana y necesite tratamiento.

Atención de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos la atención de urgencia solo si:

- obtiene esta atención de un proveedor de la red, **y**
- sigue las reglas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable acudir a un proveedor de la red, cubriremos la atención de urgencia que obtenga de un proveedor fuera de la red.

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. Los 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 hacer una cita, puede hablar con un enfermero de consulta.

Con frecuencia, estos enfermeros pueden responder preguntas sobre inquietudes 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, consulte el

Directorio de Proveedores para obtener los números de teléfono para programar citas y recibir consejos.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Atención de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda obtener atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención de urgencia que le proporcione cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre los servicios de atención de urgencia 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.

G3. 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 nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre declarado: **kp.org**.

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, puede obtener atención de proveedores fuera de la red a la tarifa de costo compartido de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** para obtener más información.

H. Qué hacer si le facturan directamente los servicios que nuestro plan cubre

Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla a nuestro plan, debe pedirnos que paguemos nuestra parte de la factura.

No debe pagar la factura usted mismo. Si lo hace, es posible que no podamos devolverle el dinero.

Si pagó más que el costo compartido de su plan por los servicios cubiertos o si tiene una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de esta Guía para miembros para saber qué hacer.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

H1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- Que se determinan médicamente necesarios, **y**
- que se enumeran en el Cuadro de Beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de esta **Guía para miembros**), **y**
- que obtiene siguiendo las reglas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **usted mismo paga el costo completo.**

Si desea saber si pagamos algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a solicitar esta información por escrito. Si le decimos que no pagaremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

En el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros** se explica qué hacer si desea que cubramos un servicio o artículo médico. También le indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicios a los Miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos por algunos servicios hasta cierto límite. Si supera el límite, paga el costo completo para seguir recibiendo ese tipo de servicio. Llame a Servicios a los Miembros para averiguar cuáles son los límites de los beneficios y cuánto de sus beneficios ha utilizado.

I. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica

I1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una manera en que los médicos prueban tipos nuevos de atención médica o medicamentos. En un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, por lo general, se solicita que voluntarios participen en el estudio.

Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que desea participar, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le brinda información sobre el estudio y averigua si cumple con los requisitos para participar en él. Puede participar en el estudio mientras cumpla con las condiciones exigidas. Debe comprender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Mientras participe en el estudio, puede permanecer inscrito en nuestro plan. De ese modo, nuestro plan continúa cubriendo los servicios y la atención no relacionados con el estudio.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio **no** necesitan ser proveedores de la red.

Lo animamos a que nos informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de atención deben comunicarse con Servicio a los Miembros para informarnos que participará en un ensayo clínico.

I2. Pago por los servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, no debe pagar nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina relacionados con su atención. Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para la mayoría de los servicios y artículos que recibe como parte del estudio. Estos son, entre otros:

- habitación y alimentación durante la hospitalización, que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio
- una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación
- tratamiento de cualquier efecto secundario y complicaciones originados por la nueva atención

Si forma parte de un estudio que Medicare **no** ha aprobado, usted pagará los costos por participar en el estudio.

I3. Más información sobre estudios de investigación clínica

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, consulte la publicación en “Medicare & Clinical Research Studies” (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 la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

J. Cómo se cubren los servicios de atención médica en una institución religiosa y no médica para el cuidado de la salud

J1. Definición de institución religiosa no médica para el cuidado de la salud

Una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud es un lugar en el que se brinda la atención que normalmente recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos la atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud. Este beneficio es solo por los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios de atención no médica).

J2. Atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud

Para recibir atención de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud debe firmar un documento legal en el que se indique que está en contra de recibir tratamiento médico “no exceptuado”.

- El tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier tipo de atención que sea **voluntaria y no la exija** ninguna ley federal, estatal ni local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es cualquier tipo de atención que sea **no voluntaria y se exija** en virtud de la ley federal, estatal o local.

Para tener cobertura de nuestro plan, la atención que recibe de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe tener la certificación de Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro se debe cumplir lo siguiente:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir los servicios cubiertos para la atención hospitalaria de pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener nuestra aprobación antes de ser ingresado en el centro de atención, o su estadía **no** estará cubierta.

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



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

K. Equipo médico duradero (DME)

K1. DME como miembro de nuestro plan

El equipo médico duradero (“DME”) incluye artículos que cumplen con los siguientes criterios:

- El artículo está hecho para usarse de forma repetida.
- El artículo es principal y generalmente usado para servir a un propósito médico.
- El artículo normalmente no es útil para una persona que tiene una enfermedad o lesión.
- El artículo es apropiado para su uso en el hogar.
- El artículo es necesario para ayudarle con las actividades de la vida diaria (“ADL”).

El equipo médico duradero requiere aprobación previa. La cobertura se limita al artículo de menor costo que se ajuste adecuadamente a sus necesidades médicas. Nosotros seleccionamos al proveedor. Cuando el equipo ya no tenga cobertura, deberá devolverlo o pagar el precio justo del mercado por él.

El Equipo Médico Duradero (DME) incluye ciertos artículos medicamente necesarios solicitados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Siempre será dueño de ciertos artículos, como las prótesis.

En esta sección analizamos el DME que alquila. En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME serán dueñas del equipo después de realizar copagos del equipo durante 13 meses. Al ser miembro de nuestro plan, **no** será dueño del DME, sin importar cuánto tiempo lo alquile.

Incluso si tuvo el DME por hasta 12 meses seguidos bajo Medicare antes de unirse a nuestro plan, **no** será dueño del equipo.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

K2. Propiedad del DME si cambia a Original Medicare

Si no adquirió la titularidad del DME mientras pertenecía a nuestro plan, para ser dueño del artículo debe hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare. Los pagos que haya hecho mientras pertenecía a nuestro plan **no** se considerarán como parte de estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME con Original Medicare **antes** de unirse a nuestro plan, sus pagos anteriores no se considerarán como parte de los 13 pagos consecutivos. Para ser dueño del artículo debe hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare. No existen excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

K3. Beneficios de los equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si reúne los requisitos para recibir un equipo de oxígeno cubierto por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

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

El equipo de oxígeno debe devolverse al propietario cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si deja nuestro plan.

K4. Equipos de oxígeno cuando cambia a Original Medicare

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario, pero usted deja nuestro plan y **cambia a Original Medicare**, deberá alquilarlo a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios mencionados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**, su proveedor debe proporcionarle lo siguiente:

- El equipo de oxígeno, suministros y servicios por otros 24 meses.
- El equipo de oxígeno y suministros hasta por 5 años, si es necesario desde el punto de vista médico.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del periodo de 5 años** ocurrirá lo siguiente:

- Su proveedor ya no tendrá que proporcionarlo, y usted puede optar por obtener un equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo periodo de 5 años.
- Alquila a un proveedor durante 36 meses.
- Luego, su proveedor brinda el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- Un nuevo ciclo comienza cada 5 años, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Capítulo 4: Cuadro de Beneficios

Introducción

En este capítulo se describen los servicios que nuestro plan cubre además de toda restricción o límite respecto de estos servicios y cuánto paga por cada servicio. También se describen los beneficios no cubiertos en nuestro plan. Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para miembros**.

Nuevos miembros de Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara: En la mayoría de los casos, estará inscrito en nuestro plan **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara** para que reciba sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a su solicitud de inscripción en **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara**. Aún puede recibir los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después de ese periodo, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través del plan **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara**. No habrá interrupciones en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llámenos al **1-800-443-0815** (TTY 711). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

Capítulo 4 Índice

A. Sus servicios cubiertos y sus gastos de bolsillo	64
B. Reglas en contra de que los proveedores le cobren por los servicios	64
C. Información acerca del Cuadro de Beneficios de nuestro plan	65
D. Cuadro de Beneficios de nuestro plan	67
E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	146
E1. Transiciones a la Comunidad de California (CCT).....	146
E2. Programa Medi-Cal Dental	147
E3. Cuidados paliativos.....	147
E4. Servicios de evaluación de la Agencia Local de Educación (“LEA”).....	148
E5. Servicios de la LEA, como se especifica en la Sección 51360 del Título 22 del CCR	148



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

E6. Servicios de laboratorio proporcionados en virtud del programa estatal de pruebas de alfafetoproteína sérica 148

E7. Oración o curación espiritual..... 148

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal..... 149



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

A. Sus servicios cubiertos y sus gastos de bolsillo

En este capítulo se describen los servicios que nuestro plan cubre y cuánto debe pagar por cada servicio. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de los medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5**. En este capítulo también se explican los límites que tienen algunos servicios.

Por algunos servicios se cobra un gasto de bolsillo llamado copago. Se trata de un monto fijo (por ejemplo, \$5) que paga cada vez que recibe ese servicio. Usted paga el copago en el momento en que recibe el servicio médico.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame al departamento de Servicio a los Miembros, al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

B. Reglas en contra de que los proveedores le cobren por los servicios

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen los servicios cubiertos. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente, y lo protegemos a usted de todo cargo. Esto es así aún en el caso de que al proveedor le paguemos menos de lo que cobra por un servicio.

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si la recibe, consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para miembros** o llame a Servicio a los Miembros.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

C. Información acerca del Cuadro de Beneficios de nuestro plan

En el Cuadro de Beneficios se indican los servicios que nuestro plan paga. Se mencionan en orden alfabético y se explican los servicios cubiertos.

Pagamos por los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas.

- Debemos brindarle servicios cubiertos por Medicare y por Medi-Cal de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- 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 afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe su atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, **no** pagamos la atención que recibe de un proveedor que está fuera de la red. El **Capítulo 3** de la **Guía para miembros** tiene más información sobre cómo recibir atención de los proveedores de la red y de aquellos que están fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que brinda y maneja su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que pueda recibir atención de un proveedor que no es su PCP o de otros proveedores que son parte de la red del plan. A esto se le conoce como referencia. El **Capítulo 3** de esta **Guía para miembros** tiene más información sobre cómo obtener una referencia y cuándo **no** la necesita.
- Cubrimos algunos servicios mencionados en el Cuadro de Beneficios, solamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previamente. Esto se denomina autorización previa. Marcamos con una nota al pie (†) los servicios cubiertos en el Cuadro de Beneficios que necesitan autorización previa. Además, puede consultar el **Capítulo 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.
- La mayoría de los servicios preventivos son gratuitos. En el Cuadro de Beneficios encontrará esta manzana 🍏 junto a los servicios preventivos.




Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

- Si se encuentra en el periodo de 4 *meses* de elegibilidad continuada de nuestro plan, continuaremos brindándole todos los beneficios que estén cubiertos por el plan. Los montos del costo compartido por beneficios básicos y suplementarios no cambian durante este periodo.
- **Apoyos Comunitarios:** Es posible que su Plan de Atención individualizado tenga Apoyos Comunitarios disponibles. Los Apoyos Comunitarios son servicios o entornos alternativos, apropiados desde el punto de vista médico y rentables. Son servicios opcionales para los miembros. Si califica, estos servicios pueden ayudarle a vivir con más independencia. **No** reemplazan a los beneficios que ya recibe a través de Medi-Cal. No están disponibles en todas las áreas. No todos los miembros reúnen los requisitos para recibir Apoyos Comunitarios. Para reunir los requisitos, debe cumplir con criterios específicos. Para obtener más información sobre los Apoyos Comunitarios, hable con su PCP o llame a Servicio a los Miembros.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

D. Cuadro de Beneficios de nuestro plan

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
 <p>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Pagamos una única ecografía de detección para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta evaluación si tiene ciertos factores de riesgo y una referencia de un médico, asistente médico, profesional de enfermería avanzada o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>
<p>Acupuntura para el dolor crónico en la parte baja de la espalda†</p> <p>Pagamos hasta dos servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios en cualquier mes calendario, o con más frecuencia, si son necesarios desde el punto de vista médico.</p> <p>También pagamos hasta 12 consultas de acupuntura en 90 días si tiene dolor crónico en la parte baja de la espalda, que se define de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dura 12 semanas o más; • no es específico (no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, por ejemplo, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria ni infecciosa); • no está asociado a una cirugía, y • no está asociado con el embarazo. <p>Además, si muestra una mejoría, pagaremos 8 sesiones de acupuntura adicionales contra el dolor crónico de la parte baja de la espalda. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura por año contra el dolor crónico de la parte baja de la espalda.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura contra el dolor crónico de la parte baja de la espalda deben suspenderse si el dolor no mejora o si empeora.</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>La acupuntura no está cubierta por Medicare†</p> <p>Cubrimos la acupuntura que, por lo general, se brinda solo para tratar las náuseas o como parte de un programa integral para el control del dolor o para el tratamiento del dolor crónico).</p> <p>También es posible que pueda acceder a los servicios de acupuntura con su cobertura de Medi-Cal. En Medi-Cal, cubrimos los servicios de acupuntura que son necesarios desde el punto de vista médico para prevenir, modificar o aliviar la percepción del dolor crónico intenso y persistente que se produce por una afección médica generalmente conocida. Los servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios no requieren una referencia ni aprobación previa. Estos servicios de acupuntura están cubiertos cuando se obtienen a través de nuestros proveedores de la red o proveedores de la red de American Specialty Health. Para obtener más información sobre los servicios de acupuntura que cubre Medi-Cal, llame a American Specialty Health al 1-800-678-9133 (TTY 711).</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Atención Sensible para adultos cubierta por Medi-Cal</p> <p>Como adulto (mayor de 18 años), es posible que no quiera acudir a su PCP para recibir cierta atención sensible o privada. Si es así, puede elegir cualquier médico o clínica para los siguientes tipos de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • planificación familiar/anticoncepción (incluidos los servicios de esterilización) • pruebas de embarazo y asesoramiento • prevención/pruebas/tratamiento del VIH/SIDA • prevención/pruebas/tratamiento por infecciones de transmisión sexual • atención por agresión sexual • servicios de aborto para pacientes ambulatorios <p>Para las pruebas de embarazo, los servicios de planificación familiar, los servicios de anticoncepción o los servicios de infecciones de transmisión sexual, no es necesario que el médico o la clínica sea parte de la red de Kaiser Permanente. Puede elegir cualquier proveedor de Medi-Cal y acudir allí sin ninguna referencia y sin tener autorización previa. Si desea recibir ayuda para encontrar un proveedor de Medi-Cal que esté fuera de la red de Kaiser Permanente, llame a Servicio a los Miembros.</p> <p>Es posible que no se cubran los servicios de un proveedor fuera de la red que no se relacionen con la Atención Sensible. Para recibir ayuda y encontrar un médico o una clínica que ofrezca esos servicios, o para recibir ayuda en cuanto al transporte para acudir a los servicios, puede llamar a Servicio a los Miembros. También puede llamar a la Línea de Citas y Consejos para hablar con un profesional de la salud, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Evaluación de consumo indebido de alcohol y asesoramiento</p> <p>Pagamos una prueba de detección del consumo indebido de alcohol (SABIRT) para adultos que consumen alcohol de forma indebida pero no son dependientes. Esto incluye a las embarazadas.</p> <p>Si la prueba de detección de uso indebido de alcohol le da un resultado positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones personales breves de asesoramiento al año (si es competente y se encuentra apto durante el asesoramiento) con un proveedor de atención primaria o un profesional médico, en un centro de atención primaria.</p> <p>Si necesita más servicios de asesoría y tratamiento, además de los cubiertos por Medicare, quizás pueda recibir dichos servicios mediante el plan de salud mental de su condado. El condado ofrece servicios contra el trastorno por abuso de sustancias para los miembros de Medi-Cal que reúnen los requisitos de necesidad médica. Para buscar en línea los teléfonos de todos los condados, visite http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContaktList.aspx.</p>	<p>\$0</p>





Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios cubiertos de ambulancia incluyen los servicios de ambulancia terrestre, de ala fija y de ala rotativa (helicóptero). La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otros medios para llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su salud o su vida. Los servicios de ambulancia para otros casos deben recibir nuestra aprobación.</p> <p>En caso de que no sean emergencias, podemos pagar una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otros medios para llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre el transporte que no sea de emergencia.</p> <p>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.</p> <p>Nota: Medi-Cal no cubre los servicios de ambulancia fuera de los EE. UU., excepto los servicios de emergencia que requieren que esté en el hospital en Canadá o México.</p>	<p>Si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0. De lo contrario, usted paga \$200 por cada viaje.</p>
<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>\$0</p>





Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan		Lo que debe pagar
	<p>Visita para el bienestar anual</p> <p>Debe recibir un examen médico anual. Esto es para realizar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagamos uno cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual puede realizarse en los 12 meses siguientes a su consulta preventiva de “Bienvenido 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>	\$0
	<p>Servicios preventivos del asma</p> <p>Puede recibir información sobre el asma y una evaluación del entorno de su hogar sobre los desencadenantes que se encuentran comúnmente en los hogares para personas con asma mal controlada.</p>	\$0
	<p>Medición de la masa ósea</p> <p>Pagamos ciertos procedimientos para miembros que califican (por lo general, alguna persona que corre el riesgo de perder masa ósea o de sufrir osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida de masa ósea o la calidad ósea.</p> <p>Pagamos por los servicios una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios. También le pagamos a un médico para que observe y comente los resultados.</p>	\$0 Hable con su proveedor y obtenga una referencia.





Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan		Lo que debe pagar
	<p>Prueba de detección de cáncer de seno (mamografía)</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</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 de los senos una vez cada 24 meses. 	\$0
	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</p> <p>Pagamos los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones con una orden de un médico.</p> <p>También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	\$0
	<p>Consulta para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (del corazón) (tratamiento para la enfermedad cardíaca)</p> <p>Pagamos una visita por año, o más si son médicamente necesarias, con su proveedor de atención primaria para ayudar a reducir el riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca. Es posible que durante la visita su médico haga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le hable del consumo de aspirina; • le mida la presión arterial, o • le dé consejos sobre una buena alimentación. 	\$0



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan		Lo que debe pagar
	<p>Pruebas de enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>Pagamos análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan defectos provocados por un alto riesgo de padecer una enfermedad cardíaca.</p>	\$0
	<p>Prueba de detección del cáncer de cuello uterino y vaginal.</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Para mujeres que presentan un alto riesgo de padecer cáncer cervicouterino o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Para mujeres que han tenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años y están en edad de tener hijos: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Para mujeres de 30 a 65 años: pruebas del virus del papiloma humano (VPH) o pruebas de Papanicolaou más pruebas del VPH una vez cada 5 años. 	\$0




Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios quiroprácticos†</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación. Estos servicios con cobertura de Medicare los brinda un quiropráctico de la red o un quiropráctico si lo autoriza un proveedor de la red. Para obtener la lista de quiroprácticos de la red, consulte el Directorio de Proveedores. • Es posible que Medi-Cal cubra los servicios quiroprácticos ofrecidos en un Centro de Salud con Calificación Federal (FQHC) o en Clínicas de Salud Rural (RHC) en la red de Kaiser Permanente. Es posible que los FQHC y las RHC requieran una referencia para brindar servicios. Para obtener más información sobre los servicios disponibles en un FQHC o una RHC, llame a Servicio a los Miembros. 	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>




Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p> Pruebas de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas de 50 años o más, pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección) cada 48 meses • prueba de sangre oculta en materia fecal, cada 12 meses • prueba de sangre oculta en materia fecal basada en guayaco o prueba inmunoquímica fecal, cada 12 meses • prueba de detección colorrectal basada en el ADN, cada 3 años • colonoscopia cada diez años (pero no en los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección) • colonoscopia (o enema de bario de detección) para personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cada 24 meses • procedimientos realizados durante una colonoscopia de detección (por ejemplo, la extirpación de pólipos) • colonoscopias después de una prueba FOBT o FIT positiva o una pruebas de detección de sigmoidoscopia flexible 	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>




Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS)</p> <p>Los CBAS son un programa de servicios para pacientes ambulatorios en un centro de atención donde las personas asisten de acuerdo con un calendario. Brindan atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias (incluidas terapias ocupacionales, físicas y del habla), atención personal, capacitación y apoyo para la familia/cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios. Pagamos los CBAS si cumple con los criterios de elegibilidad.</p> <p>Nota: Si un centro de atención de CBAS no se encuentra disponible, podemos brindar estos servicios por separado.</p>	<p>\$0</p>
<p> Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco</p> <p>Si consume tabaco, no tiene signos o síntomas o enfermedades relacionadas con el tabaco y quiere o necesita dejar de consumirlo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos intentos para dejar de fumar en un periodo de 12 meses como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento para dejar de fumar incluye hasta cuatro visitas de asesoramiento cara a cara. <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 se le ofrece lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento en un periodo de 12 meses. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas cara a cara. <p>Si está embarazada, puede recibir asesoramiento ilimitado para dejar de consumir tabaco con autorización previa.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan		Lo que debe pagar
	<p>Servicios dentales</p> <p>Health Plan tiene un acuerdo con Delta Dental of California (“Delta Dental”) para ofrecerle el Programa dental de la HMO de DeltaCare® USA. DeltaCare USA proporciona atención dental integral a través de una red de dentistas contratados por Delta Dental para proporcionar servicios dentales. Para obtener información sobre los proveedores dentales, consulte el Directorio de Proveedores Dentales.</p>	<p>\$0 por servicios cubiertos descritos en la sección “Atención dental (Programa dental de HMO de DeltaCare USA)” al final de este cuadro.</p>
	<p>Es posible que ciertos servicios dentales, incluidos, entre otros, limpiezas, empastes y dentaduras postizas, también pueden encontrarse disponibles a través del programa Medi-Cal Dental o Pago por Servicio (FFS) de Medi-Cal. Para obtener información sobre la cobertura dental de Medi-Cal, llame a Denti-Cal al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922). También puede visitar el sitio web de Denti-Cal en dental.dhcs.ca.gov/.</p>	<p>\$0</p>
	<p>Detección de la depresión</p> <p>Pagamos una prueba de detección de la depresión cada año. La prueba de detección debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda brindar un tratamiento de seguimiento y referencias.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p> Prueba de detección para la diabetes</p> <p>Pagamos esta prueba de detección (que incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presión arterial alta (hipertensión) • antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • antecedentes de nivel alto de azúcar en la sangre (glucosa) <p>Las pruebas también pueden cubrirse en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de las pruebas, puede calificar para hasta dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
 <p>Suministros, servicios y capacitación para el autocontrol de la diabetes</p> <p>Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que utilicen insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • †Suministros para monitorear su glucosa en la sangre, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ un monitor de glucosa en la sangre ○ tiras reactivas para la glucosa en la sangre ○ lancetas y dispositivos para lancetas ○ soluciones de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores • †Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave del pie diabético, pagamos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ un par de zapatos terapéuticos moldeados a su medida (incluidas las plantillas), incluido el ajuste, y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, o ○ un par de zapatos de profundidad, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas cada año (no incluye las plantillas removibles no personalizadas provistas con dichos zapatos). • †En algunos casos, pagamos una capacitación para ayudarle a controlar la diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicio a los Miembros. 	<p>\$0</p>
<p>Nota: Puede elegir recibir capacitación sobre cómo autocontrolar su diabetes a través de un programa que no pertenece a nuestro plan y que es reconocido por la Asociación Americana de Diabetes y aprobado por Medicare.</p>	



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de doulas</p> <p>Para personas embarazadas, pagamos nueve visitas con una doula durante el periodo prenatal y el periodo posparto, así como también apoyo durante el parto.</p>	<p>\$0</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados†</p> <p>Consulte el último capítulo de esta Guía para miembros para obtener una definición de “Equipo médico duradero (DME)”.</p> <p>Cubrimos los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sillas de ruedas, incluidas sillas de ruedas eléctricas • muletas • sistemas de colchones eléctricos • almohadilla seca de presión para el colchón • suministros para diabéticos • camas de hospital que pida un proveedor para su uso en el hogar • bombas y poste de infusión intravenosa (IV) • dispositivos para generar el habla • equipos de oxígeno y suministros • nebulizadores • andadores • bastones estándar con mago curvo o de cuatro apoyos y suministros de reemplazo • tracción cervical (de puerta) • estimulador óseo <p>Puede que se cubran otros artículos.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>Si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0. De lo contrario, usted pagará un coseguro del 20 %, excepto para medidores de flujo máximo y equipos de terapia con luz ultravioleta que usted paga \$0.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>Pagamos todo el DME necesario desde el punto de vista médico que Medicare y Medi-Cal normalmente pagan. Si nuestro proveedor en su área no ofrece una marca o fabricante particular, puede preguntarle si puede pedirlo especialmente para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en kp.org/directory.</p>	
<p>También cubrimos el siguiente DME sin cobertura de Medicare cuando sea necesario desde el punto de vista médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accesorios para la extensión de la cama de hospital, si es necesario. • Protectores para el talón o el codo para evitar o minimizar el uso de equipos avanzados de alivio de presión. • Dispositivo de iontoforesis para tratar la hiperhidrosis cuando los antitranspirantes están contraindicados y la hiperhidrosis ha generado complicaciones médicas (por ejemplo, una infección cutánea) o impide la realización de actividades de la vida diaria. • Dispositivos de monitoreo continuo de la glucosa no terapéuticos y suministros relacionados. 	



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<ul style="list-style-type: none"> • Bolsa de resucitación si el paciente con traqueostomía tiene problemas significativos de manejo de secreciones y que necesita una técnica de lavado y succión con ayuda de respiración profunda a través de la bolsa de resucitación. • Equipo de terapia con luz ultravioleta para afecciones distintas de la psoriasis según sea médicamente necesario, incluido el equipo de terapia con luz ultravioleta para uso doméstico, si (1) el equipo fue aprobado para usted por medio del proceso de autorización previa del nuestro plan, como se describe en el Capítulo 3 y (2) el equipo se proporciona dentro de nuestra área de servicio. (La cobertura para el equipo de terapia con luz ultravioleta se limita al equipo estándar que satisfaga de forma adecuada sus necesidades médicas. Nosotros decidimos si se renta o compra el equipo y seleccionamos al proveedor. Cuando el equipo ya no tenga cobertura, deberá devolverlo o pagar el precio justo del mercado por él). 	



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia, y • necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una condición médica con dolor intenso o una lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona, con un conocimiento promedio de salud y medicina podría anticipar que resultará en lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un riesgo grave para su salud o la de su bebé en gestación, o • un daño grave a las funciones del organismo, o • una disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo, o • en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: <ul style="list-style-type: none"> ○ No hay tiempo suficiente para trasladarla a otro hospital antes del parto. ○ Un traslado a otro hospital podría amenazar su salud o seguridad, o la de su bebé en gestación. <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>\$0</p> <p>†Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se establezca su emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención o debe obtener una autorización del plan para recibir su atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red, y el costo que pagará es el valor del costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>Como adulto (mayor de 18 años), es posible que no quiera acudir a su PCP para recibir cierta atención sensible o privada. Si es así, puede elegir cualquier médico o clínica para los siguientes tipos de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • planificación familiar/anticoncepción (incluidos los servicios de esterilización para personas mayores de 21 años). • pruebas de embarazo y asesoramiento • prevención/pruebas/tratamiento del VIH/SIDA • prevención/pruebas/tratamiento por infecciones de transmisión sexual • atención por agresión sexual • servicios de aborto para pacientes ambulatorios <p>Para recibir servicios de atención sensible para adultos, su proveedor no debe estar en la red de proveedores de Kaiser Permanente. Puede elegir cualquier proveedor de Medi-Cal y acudir allí sin ninguna referencia y sin tener autorización previa. Si desea recibir ayuda para encontrar un proveedor de Medi-Cal que esté fuera de la red de Kaiser Permanente, llame a Servicio a los Miembros.</p> <p>También pagamos algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe utilizar un proveedor de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamiento para afecciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada) • tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH • pruebas genéticas y asesoramiento 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Beneficio de acondicionamiento físico (Silver&Fit® Healthy Aging and Exercise Program)</p> <p>El programa Silver&Fit incluye lo siguiente:</p> <p>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:</p> <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 Bienvenido”, 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>




Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<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 cambiar. Para recoger su kit, visite kp.org/SilverandFit o llame al Servicio al Cliente de Silver&Fit. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p> <p>Beneficio de acondicionamiento físico (Silver&Fit® Healthy Aging and Exercise Program) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 registrada a nivel federal de ASH y se utiliza con autorización en el presente documento. Los centros y cadenas de acondicionamiento físico participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios.</p>	



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p> Programas de educación para la salud y el bienestar</p> <p>Ofrecemos muchos programas que se centran en ciertos estados de salud. Entre esas recomendaciones se incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • clases de educación para la salud; • clases de educación de nutrición; • dejar de fumar y de consumir tabaco, y • línea directa de enfermería. <p>Como parte de nuestros programas para un estilo de vida saludable, nuestro plan cubre una cantidad de clases grupales de educación para la salud tales como: corazón sano (healthy heart), vivir con condiciones crónicas y depresión (living with chronic conditions and depression). Los programas para un estilo de vida saludable se brindan a través de un educador en salud certificado u otro profesional de la salud calificado.</p> <p>Cubrimos una variedad de asesoramientos, programas y materiales sobre educación para la salud para ayudarlo a desempeñar un papel activo en la protección y mejora de su salud, incluidos programas para condiciones crónicas (como diabetes y asma). También puede participar en programas que no cubrimos, pero es posible que deba pagar una tarifa.</p> <p>Para obtener más información sobre nuestro asesoramiento, programas y materiales de educación para la salud, comuníquese con el Departamento de Educación para la Salud local, llame a Servicio a los Miembros o visite nuestro sitio web kp.org.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios para la audición</p> <p>Pagamos las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como atención a pacientes ambulatorios cuando se las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>




Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Audífonos</p> <p>Cubrimos los audífonos si se cumple lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted se ha realizado una prueba de pérdida de audición. • Los audífonos son necesarios desde el punto de vista médico. • Usted tiene una receta médica de su médico. <p>La cobertura se limita al audífono de menor costo que se ajuste a sus necesidades médicas. Nosotros elegiremos al proveedor que suministrará el audífono. Cubrimos un solo audífono, a menos que se necesite un audífono para cada oído para obtener resultados significativamente mejores de los que podría obtener con un solo audífono.</p> <p>Cubrimos los siguientes para cada audífono cubierto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • moldes auriculares necesarios para el ajuste • un paquete de pilas estándar • visitas para asegurarse de que el audífono funciona correctamente • visitas para la limpieza y el ajuste del audífono • reparación del audífono <p>Cubriremos un reemplazo de audífono si sucede lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su audífono actual no logra corregir su pérdida de audición. • Su audífono se pierde, se lo roban o se rompe (y no es posible repararlo) y no fue su culpa. Debe entregarnos una nota en la que se indique cómo sucedió. <p>La cobertura no incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reemplazo de las pilas del audífono 	



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
 <p>Detección del VIH.</p> <p>Pagamos un examen de detección del VIH cada 12 meses para personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pidan una prueba de detección del VIH, o • están en mayor riesgo de padecer una infección por VIH. <p>Para las mujeres embarazadas, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.</p> <p>También pagamos pruebas de detección del VIH adicionales cuando su proveedor las recomienda.</p>	<p>\$0</p>
<p>Comidas con entrega a domicilio</p> <p>Cubrimos alimentos entregados en su domicilio inmediatamente después del alta de un hospital de la red como paciente interno debido a un diagnóstico principal de insuficiencia cardíaca congestiva, hasta dos comidas por día en un periodo consecutivo de cuatro semanas, una vez por año calendario, de la siguiente manera:</p> <p>Como parte del proceso del alta, una persona de su equipo de atención iniciará una referencia válida por 30 días. Una vez que esté aprobada, el proveedor del servicio de entrega de comidas se comunicará con usted para informarle sobre las opciones de comidas y acordar la entrega de estas. Si tiene alguna pregunta sobre la referencia (las referencias no utilizadas no son renovables), llame a Servicio a los Miembros.</p> <p>Además de las comidas para la salud en general, hay menús enfocados en condiciones y dietas específicas</p> <p>No cubrimos comidas en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibe el alta de otro centro de atención que proporciona comidas (por ejemplo, rehabilitación para pacientes hospitalizados). • La referencia para comidas se venció. 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Nota: Las estadías en un Departamento de Emergencias, las estadías por cirugía ambulatoria y las estadías de observación no se consideran estadías de pacientes hospitalizados.</p> <p>En Medi-Cal, puede calificar para obtener cobertura adicional para las comidas entregadas a domicilio en Apoyos Comunitarios. Los Apoyos Comunitarios no están disponibles en todas las zonas y debe cumplir criterios de elegibilidad específicos. Pídale más información a su médico sobre los Apoyos Comunitarios de Medi-Cal.</p>	
<p>Atención de una agencia de atención médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe informarnos que los necesita, y una agencia de atención médica a domicilio debe brindárselos.</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de medio tiempo o intermitentes de enfermería especializada y auxiliares de salud a domicilio (para que los cubra el beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y auxiliares de salud a domicilio deben sumar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana.) • Fisioterapia y terapia ocupacional y del habla. • Servicios médico-sociales. • Equipo y suministros médicos. 	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</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 los costos compartidos correspondientes mencionados en otra parte de este Cuadro de Beneficios si el artículo tiene cobertura bajo un beneficio diferente; por ejemplo, equipo médico duradero no proporcionado por una agencia de atención médica a domicilio.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Terapia de infusión en el hogar†</p> <p>Nuestro plan paga la terapia de infusión en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas que se administran en una vena o se aplican debajo de la piel y se brindan en el hogar. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina; • equipo, como una bomba, y • suministros, como tubos o un catéter sonda. <p>Nuestro plan cubre los servicios de infusión en el hogar, que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de acuerdo con su plan de atención; • capacitación y educación para los miembros que aún no están incluidos en el beneficio del DME; • monitoreo remoto, y • servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusiones en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión 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, según el artículo.</p>




Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Cubrimos los suministros y medicamentos de infusión 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 pueden estar sujetos a los costos compartidos correspondientes mencionados en este folleto según el servicio.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
 <p>Vacunas</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</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 hepatitis B. • Vacunas contra el COVID-19. • Otras vacunas si está en situación de riesgo y cumplen las reglas de cobertura de Medicare Parte B. <p>Cubrimos otras vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte D. Para obtener más información, consulte el Capítulo 6 de esta Guía para miembros.</p> <p>También cubrimos todas las vacunas para adultos según lo recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Atención para pacientes hospitalizados</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios y otros servicios necesarios desde el punto de vista médico que no se enumeran a continuación:</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 normales de enfermería. • El costo de unidades especiales de atención, 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. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p> <p>Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que se establezca su emergencia.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

	<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos, tal como sillas de ruedas. • Servicios de uso del quirófano y de la sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios para abuso de sustancias para pacientes hospitalizados. • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, renopancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón o pulmón, médula ósea, células madre e intestinal o multivisceral. • Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si cumple con los requisitos para recibir un trasplante. Los proveedores del trasplante pueden ser locales o de fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplante locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, puede obtener servicios de trasplante a nivel local o fuera del patrón de atención de su comunidad. Si nuestro plan brinda servicios de trasplante fuera del patrón de atención de nuestra comunidad y usted elige recibir el trasplante allí, organizamos o pagamos los costos de alojamiento y viaje para usted y otra persona, de acuerdo con nuestras pautas de viaje y alojamiento, que están disponibles en Servicio a los Miembros. • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Servicios de un médico. 	
--	--	--



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios para pacientes ingresados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Cubrimos los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si necesita servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico independiente, cubrimos los primeros 190 días. Después de ese periodo, la agencia local de salud mental del condado cubre los servicios psiquiátricos necesarios desde el punto de vista médico para pacientes hospitalizados. La autorización para la atención después de los 190 días se debe coordinar con la agencia local de salud mental del condado. • El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Tampoco se aplica a las estadías en un hospital psiquiátrico asociadas con las siguientes afecciones: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maniaco-depresiva), trastornos depresivos mayores, trastornos de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, anorexia nerviosa o bulimia nerviosa y enfermedades mentales graves (SED) de un niño menor de 18 años. • Si tiene más de 65 años, cubrimos los servicios que reciba en una Institución para Enfermedades Mentales (IMD). 	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Hospitalización de pacientes: Servicios cubiertos en un centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado</p> <p>No pagamos por su estadía como paciente hospitalizado si no es razonable y necesaria desde el punto de vista médico.</p> <p>Sin embargo, en ciertas situaciones en las que la atención para pacientes hospitalizados no está cubierta, es posible que paguemos los servicios que reciba mientras esté en un centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con Servicio a los Miembros.</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de un médico. • Pruebas de diagnóstico, tales como análisis de laboratorio. • Radiografías, radiación y terapia de isótopos, incluidos los materiales y servicios técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • férulas, yesos y otros aparatos usados para curar fracturas y luxaciones. • Dispositivos protésicos y ortopédicos, que no sean dentales, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. Son dispositivos que reemplazan total o parcialmente alguno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), ● ○ La función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal. • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales. Incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambios en su afección. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. 	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios y suministros para la enfermedad renal</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para que conozca el tema y tome buenas decisiones acerca de su atención. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe referirlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si se lo admite como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial. • Capacitación para la autodiálisis, incluida la capacitación para usted y alguna persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar, tales como las visitas de trabajadores capacitados en diálisis necesarias para revisar su diálisis en el hogar, ayudar en casos de emergencia y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua. • Análisis de laboratorio de rutina para revisar la eficacia de la diálisis. • Una visita de rutina al consultorio al mes con el equipo de nefrología. • Procedimientos de acceso vascular y peritoneal si se realizan en un centro hospitalario ambulatorio y se cumplen determinados criterios. • Visitas al consultorio que no son de rutina con el equipo de nefrología. • Procedimientos de acceso vascular y peritoneal si se realizan en un consultorio médico. <p>El beneficio de medicamentos de Medicare Parte B cubre algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos recetados de Medicare Parte B” en esta tabla.</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>





Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<ul style="list-style-type: none"> • Equipo y suministros para diálisis en el hogar. • 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 de esta Guía para miembros, o cuando el proveedor de este servicio no esté disponible temporalmente o sea inaccesible. 	<p>Si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0. De lo contrario, pagará un coseguro del 20 %.</p>
 <p>Prueba de detección de cáncer de pulmón</p> <p>Nuestro plan cubre la prueba de detección de cáncer del pulmón cada 12 meses si usted cumple con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiene entre 50 y 77 años; y • tiene una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado; y • ha fumado al menos 1 paquete al día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer del pulmón o fuma actualmente o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Después de la primera prueba de detección, nuestro plan cubre otra prueba de detección por año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan		Lo que debe pagar
	<p>Terapia médica de nutrición</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón con el pedido de su médico.</p> <p>Cubrimos tres horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que recibe servicios de terapia nutricional médica mediante Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si son necesarios desde el punto de vista médico.</p> <p>A partir de ese momento, cubrimos dos horas de servicios de asesoramiento personalizado por año. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, podrá recibir más horas de tratamiento mediante un pedido del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar el pedido cada año si necesita tratamiento en el siguiente año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son necesarios desde el punto de vista médico.</p> <p>También cubrimos asesoramiento nutricional/dietético con un proveedor de la red que no esté relacionado con la diabetes o enfermedad renal en fase terminal (ESRD).</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>
	<p>Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Nuestros planes cubren los servicios del MDPP. El MDPP está diseñado para ayudarlo a mejorar el comportamiento saludable. Ofrece capacitación práctica en las siguientes cuestiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambio alimentario a largo plazo; • aumento de la actividad física, y • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B†</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que normalmente no se administra por su cuenta y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, como paciente ambulatorio del hospital o en un centro de cirugía ambulatoria • Los medicamentos que tome mientras usa el equipo médico duradero (como los nebulizadores) que estén autorizados por nuestro plan • factores de coagulación autoadministrados mediante inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en Medicare Parte A en el momento del trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis. Cubrimos estos medicamentos si está circunscrito al hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento por su cuenta • Antígenos • Ciertos medicamentos orales anticancerígenos y contra las náuseas <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>




Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 Epogeno, Procrito, Epoetin Alfa, Aranespo o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en casa de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p>También cubrimos algunas vacunas de acuerdo con nuestro beneficio de medicamentos recetados de Medicare Parte B y Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5 de esta Guía para miembros se explica nuestro beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Allí, se explican las reglas que debe seguir para que se cubran los medicamentos recetados.</p> <p>En el Capítulo 6 de esta Guía para miembros, se explica lo que paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p>	



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería cubierta de acuerdo con su cobertura de Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la audición. • Atención quiropráctica. • Servicios de podología. <p>Por lo general, recibe atención de los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda obtener atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar para adultos mayores 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). • Un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja doméstica cuando usted deja el hospital. 	
<p> Prueba de detección de la obesidad y terapia para mantener el peso bajo</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal superior a 30, cubrimos el asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Debe recibir el asesoramiento en un centro de atención primaria. De esa manera, se puede manejar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides (OTP)</p> <p>Nuestro plan cubre los siguientes servicios para tratar el trastorno por uso de opioide (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • actividades de consumo • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, la gestión y administración de esos medicamentos • asesoramiento por abuso de sustancias • terapia individual y grupal • pruebas de detección de drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas de toxicología) 	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios y otros servicios necesarios desde el punto de vista médico que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X. • Radiación y terapia de isótopos, incluidos los materiales y suministros del técnico. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • férulas, yesos y otros aparatos usados para curar fracturas y luxaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. 	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios que se proporcionan al paciente ambulatorio para determinar si debe ser ingresado al hospital como paciente hospitalizado 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 la línea 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>\$0</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos 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, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como cirugía ambulatoria o servicios de observación. • Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ser admitido en el hospital como “paciente hospitalizado”. • A veces, puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo “paciente ambulatorio”. <p>Puede obtener más información sobre ser paciente hospitalizado o ambulatorio en la siguiente hoja informativa: www.medicare.gov/media/11101</p> <ul style="list-style-type: none"> • pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin dicha atención sería necesario un tratamiento como paciente hospitalizado • radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • suministros médicos, como férulas y yesos • servicios y pruebas de detección preventivas enumeradas en el Cuadro de Beneficios • algunos medicamentos que no puede administrarse por su cuenta 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<ul style="list-style-type: none"> • Para los procedimientos dentales que se realizan en un centro de la red, ofrecemos anestesia general y los servicios del centro de atención asociados con la anestesia si se cumplen todas las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una incapacidad del desarrollo o su salud se ve comprometida. ○ Debido su estado de salud o condición médica subyacente, el procedimiento dental debe realizarse en un hospital o centro de cirugía ambulatoria. ○ En circunstancias normales, el procedimiento dental no requeriría el uso de anestesia general. • No cubrimos ningún otro servicio relacionado con el procedimiento dental, como los servicios del dentista, a menos que estén cubiertos por DeltaCare o Denti-Cal. 	



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios de salud mental proporcionados por los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un psiquiatra o médico autorizado por el estado • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico • un especialista en enfermería clínica • un profesional de enfermería avanzada • un asistente médico • cualquier otro profesional de la salud mental calificado de Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables • terapeuta de matrimonio y familia <p>Cubrimos los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios clínicos • tratamiento diurno • servicios de rehabilitación psicosocial • programas de hospitalización parcial o intensivos para pacientes ambulatorios • evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal • pruebas psicológicas cuando sean necesarias clínicamente para evaluar un resultado de salud mental • servicios para pacientes ambulatorios para supervisar el tratamiento farmacológico • análisis de laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios • consulta psiquiátrica 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros.</p> <p>Además, ofrecemos cobertura para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fisioterapia para prevenir caídas en adultos que tengan un riesgo alto de sufrir caídas, cuando la solicite el médico • fisioterapia, terapia ocupacional y del habla recibida mediante un programa organizado de rehabilitación multidisciplinaria de tratamiento diurno 	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>
<p>Servicios para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • evaluación de consumo indebido de alcohol y asesoramiento • tratamiento para el abuso de sustancias • asesoramiento individual o grupal por un profesional clínico de la salud calificado, incluido un terapeuta de matrimonio y familia • desintoxicación subaguda en un programa residencial de adicciones • servicios de alcohol o drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios • tratamiento de liberación prolongada de naltrexona (Vivitrol) 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos cirugía para pacientes ambulatorios y servicios proporcionados en centros para pacientes ambulatorios del hospital y en centros quirúrgicos ambulatorios.</p>	<p>\$0</p>
<p>Salud y Bienestar de Venta Libre (OTC)</p> <p>También cubrimos los artículos que figuran en el catálogo de artículos de venta libre para entrega a domicilio sin costo. Puede pedir artículos de venta libre hasta el límite de beneficio trimestral de \$100. El valor mínimo de cada pedido debe ser \$25. El pedido no debe exceder el límite del beneficio trimestral. La parte que no se utilice del límite de beneficio trimestral no pasa al siguiente trimestre. (El límite de su beneficio se restablece el 1 de enero, el 1 de abril, el 1 de julio y el 1 de octubre).</p> <p>Para ver nuestro catálogo y hacer un pedido en línea, visite kp.org/otc/ca. Puede hacer su pedido por teléfono o puede solicitar que se le envíe un catálogo impreso llamando al 1-833-569-2360 (TTY 711, de 7 a. m. a 6 p. m., hora estándar del Pacífico (PST), de lunes a viernes.</p> <p>Es posible que cuente con cobertura adicional para ciertos artículos de venta libre cubiertos por Medical a través del programa Medi-Cal Rx. Para obtener más información sobre Medi-Cal Rx, llame al Servicio al cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. También puede visitar el sitio web de Medi-Cal Rx en https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/.</p>	<p>Usted paga entre \$0 y el límite trimestral del beneficio de \$100.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Servicios que se pagan en nuestro plan		Lo que debe pagar
	<p>Artículos de venta libre (OTC) para reemplazar la nicotina</p> <p>Cubrimos ciertas terapias de reemplazo de nicotina aprobadas por la FDA para uso sin receta. Un proveedor de la red debe solicitar estos artículos y dichos artículos se deben obtener en una farmacia de la red. Le proporcionaremos un suministro hasta de 100 días dos veces durante el año calendario.</p>	\$0
	<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. La ofrece el hospital como un servicio para pacientes ambulatorios o un centro comunitario de salud mental. Es más intensa que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Puede ayudar a evitar que tenga que quedarse en el hospital.</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Cuidados Paliativos</p> <p>Cubrimos los cuidados paliativos para los Miembros que cumplen los criterios de elegibilidad de Medi-Cal para estos servicios. Los cuidados paliativos reducen las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales para los miembros con enfermedades graves. Puede obtener cuidados paliativos y cuidados curativos al mismo tiempo.</p> <p>Los cuidados paliativos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificación anticipada de la atención. • Evaluación y consultas de cuidados paliativos. • Un plan de atención que incluye todos los cuidados paliativos y curativos autorizados. • Un plan con un equipo de atención, incluidos, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> Médico en medicina u osteópata. Asistente médico. Enfermero titulado. Enfermero vocacional titulado o profesional de enfermería avanzada. Trabajador social. Capellán. • Coordinación de la atención. • Manejo de síntomas y del dolor. • Servicios médico-sociales y de salud mental. <p>Los adultos mayores de 21 años no pueden recibir cuidados paliativos y cuidados para enfermos terminales al mismo tiempo. Si está recibiendo cuidados paliativos y cumple los requisitos para recibir cuidados para enfermos terminales, puede solicitar el cambio a cuidados para enfermos terminales en cualquier momento.</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de un médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios desde el punto de vista médico que se brindan en lugares tales como: <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultorio del médico. ○ Centro de cirugía ambulatoria certificado. ○ Departamento de pacientes ambulatorios del hospital. • Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria, si su médico los solicita para determinar si necesita tratamiento. • Atención dental no rutinaria. Los servicios cubiertos se limitan a los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas. ○ Tratamiento de fracturas de mandíbula o de los huesos faciales. ○ Extracción de dientes previa a las radioterapias del cáncer neoplásico. ○ Servicios que estarían cubiertos si fueran proporcionados por un médico. 	<p>\$0</p> <p>Puede que necesite una referencia para algunas especialidades y servicios dentales.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<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. Los servicios son los siguientes:</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. • Consultas a domicilio por parte un médico de la red (o de un proveedor de la red que sea un enfermero registrado) dentro de nuestra área de servicio cuando la atención se puede proporcionar mejor en su hogar, según lo determine el proveedor de la red. • Tratamientos con luz ultravioleta. • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. Con su cobertura Medi-Cal, si no hay un proveedor de la red disponible o si necesita una segunda opinión para un servicio diferente, nos encargaremos de ello. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de un médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinados servicios de telesalud, que incluyen los siguientes: atención primaria y especializada, que incluye servicios hospitalarios para pacientes internos, servicios de enfermería especializada, rehabilitación cardíaca y pulmonar, servicios de emergencia, servicios necesarios con urgencia, servicios de hospitalización parcial, servicios de salud a domicilio terapias físicas, del habla y ocupacionales, atención de la salud mental, podología, servicios de tratamiento con opioides, servicios de radiografía, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, servicios de observación, tratamiento por abuso de sustancias, servicios de diálisis, servicios alimenticios o nutricionales, educación para la salud, educación sobre enfermedad renal, y autocontrol de la diabetes, preparación para una cirugía o una hospitalización, y consultas de seguimiento después de una hospitalización, una cirugía o una consulta al Departamento de Emergencias. Los servicios solo se proporcionarán a través de telesalud cuando el proveedor de la red que preste el servicio lo considere clínicamente apropiado. 	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</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. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de un médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 consultas mensuales relacionadas con la insuficiencia renal crónica en fase terminal (ESRD) para miembros de diálisis a domicilio 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 ataque cerebral. ● Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por abuso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente. ● 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 consulta en persona en el plazo de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud. ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a los casos anteriores en ciertas circunstancias. ● Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud con Calificación Federal. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones virtuales (por ejemplo, por teléfono o consulta 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. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	




Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de un médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. ○ Que la evaluación no esté relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días. ○ Que la evaluación no dé lugar a una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más próxima disponible. • Las consultas que su médico tenga con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica, si no es un paciente nuevo. <p>Telesalud con su cobertura de Medi-Cal: La telesalud es una forma de obtener servicios sin estar en la misma ubicación física que su proveedor. La telesalud puede implicar tener una conversación en vivo con su proveedor. O puede implicar compartir información con su proveedor sin que se realice una conversación en vivo. Puede recibir muchos servicios a través de telesalud. Sin embargo, es posible que la telesalud no esté disponible para todos los servicios cubiertos. Puede ponerse en contacto con su proveedor para saber qué tipos de servicios pueden estar disponibles a través de la telesalud. Es importante que tanto usted como su proveedor acuerden que el uso de la telesalud para un servicio en particular es adecuado para usted. Usted tiene el derecho a recibir servicios en persona y no está obligado a usar la telesalud incluso si su proveedor está de acuerdo con que es adecuado para usted.</p>	



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de podología</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (tales como dedo en martillo o espolón del talón) • Cuidado rutinario de los pies para miembros con afecciones que afectan las piernas, tal como la diabetes <p>Con su cobertura Medi-Cal, cubrimos servicios de podología cuando se consideren Necesarios desde el Punto de Vista Médico para el diagnóstico y tratamiento médico, quirúrgico, mecánico, de manipulación y eléctricos del pie humano. Esto incluye el tobillo y los tendones que ingresan en el pie y el tratamiento no quirúrgico de los músculos y tendones de la pierna que controlan las funciones del pie.</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>
<p> Exámenes de detección del cáncer de próstata</p> <p>En hombres de 50 años de edad o más, cubrimos los siguientes servicios cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen rectal digital • Una prueba del antígeno prostático específico (PSA) 	<p>\$0</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados†</p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Cubrimos los siguientes dispositivos protésicos y posiblemente otros dispositivos que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía. • Nutrición enteral y parenteral, incluidos kits de suministros de alimentación, bomba de infusión, tubos y adaptadores, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas. 	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<ul style="list-style-type: none"> • Marcapasos. • Ortodoncia. • Zapatos protésicos. • Brazos u ojos artificiales. • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). • Prótesis para reemplazar parte o la totalidad de una sección externa del rostro que se haya dañado o extirpado debido a una enfermedad, lesión o defecto congénito. • Crema y pañales para la incontinencia. <p>Cubrimos algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos. También pagamos para reparar o reemplazar dispositivos protésicos.</p> <p>Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas. Consulte “Cuidado de la vista” más adelante en este cuadro para obtener más detalles.</p> <p>También cubrimos estos artículos no cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medias con gradiente de compresión para linfedema. • Ciertas botas quirúrgicas después de la cirugía cuando se proporcionan durante una visita ambulatoria. • Dispositivo de erección por vacío para disfunción sexual. • Determinados selladores de piel, protectores, humectantes, ungüentos que son necesarios desde el punto de vista médico para el cuidado de las heridas. • No pagaremos las prótesis dentales, excepto las descritas en “Servicios dentales”. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Aparatos protésicos y suministros relacionados† (continuación)</p> <p>Con su cobertura Medi-Cal, cubrimos los dispositivos protésicos y ortésicos si se cumplen todas las condiciones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El artículo es necesario desde el punto de vista médico para restablecer el funcionamiento de una parte del cuerpo (solo para prótesis). • El artículo está recetado para usted. • El artículo es necesario desde el punto de vista médico para sostener una parte del cuerpo (solo para aparatos ortésicos). • El artículo es necesario desde el punto de vista médico para que usted realice las actividades de la vida diaria. • El artículo tiene sentido para su afección médica general. • El artículo tiene cobertura de Medi-Cal. <p>El artículo se debe aprobar previamente para usted. Esto incluye dispositivos auditivos implantados, prótesis de senos/sostenes de mastectomía, prendas de compresión para quemaduras y prótesis para restaurar la función o sustituir una parte del cuerpo o para apoyar una parte del cuerpo debilitada o deformada. La cobertura se limita al equipo de menor costo que satisfaga adecuadamente sus necesidades médicas. Nosotros seleccionamos al proveedor.</p>	
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Cubrimos los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. Debe contar con la orden para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la EPOC.</p> <p>Cubrimos servicios respiratorios para pacientes que utilizan respiradores artificiales.</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>




Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Tratamiento en entorno residencial de los trastornos por abuso de sustancias y de la salud mental†</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios cuando se proporcionan en un centro de tratamiento residencial autorizado que proporciona tratamiento individualizado del trastorno por abuso de sustancias o de salud mental las 24 horas, los servicios son provistos de manera general y habitual en un programa de tratamiento residencial de salud mental o del trastorno por abuso de sustancias en un centro de tratamiento residencial autorizado, y los servicios se encuentran en un nivel superior al de la atención de custodia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento individual y en grupo. • Servicios médicos. • Revisión de medicamentos. • Habitación y alimentación. • Medicamentos recetados por un proveedor de la red como parte del plan de atención en el centro de tratamiento residencial, según las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles, si se los administra el personal médico de ese centro de atención. • Programación del alta hospitalaria. <p>No hay un límite del número de días necesarios desde el punto de vista médico en nuestro programa de tratamiento en entorno residencial para tratar trastornos de salud mental y de abuso de sustancias cuando lo receta un proveedor de la red.</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p> Prueba de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS)</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS. Se requiere que un proveedor de atención primaria solicite las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo.</p> <p>Además ofrecemos cobertura para hasta dos sesiones cara a cara de asesoramiento conductual de alta intensidad por año para adultos sexualmente activos que tienen mayor riesgo de contraer una ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si las brinda un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un centro de atención primaria, tal como el consultorio de un médico.</p>	<p>\$0</p>
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (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). Tras agotar estos días, puede tener una cobertura adicional de Medi-Cal.</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una habitación semiprivada, o privada, si es necesario desde el punto de vista médico. • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia y terapia ocupacional y del habla. 	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</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</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos que recibe como parte de su plan de atención, incluidas las sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, tales como los factores de coagulación de la sangre. • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por los centros de enfermería • Análisis de laboratorio ofrecidos por los centros de enfermería • Radiografías y otros servicios de radiología ofrecidos por los centros de enfermería • Aparatos, tales como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los centros de enfermería • Servicios de médicos o proveedores <p>Por lo general, recibe atención de los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda obtener atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar para adultos mayores 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). • Un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja de hecho cuando usted deja el hospital. 	<p>calendario seguidos sin que esté internado en un hospital o un SNF.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Terapia supervisada de ejercicio (SET)</p> <p>Cubrimos la SET para los miembros que padecen la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y tienen una referencia por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Nuestro plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de SET. <p>36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de atención médica lo considera necesario desde el punto de vista médico.</p> <p>El programa de SET debe ser de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en miembros con calambres en las piernas debido al flujo sanguíneo deficiente (claudicación). • En un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Proporcionado por personal calificado que se asegure de que el beneficio supere al daño y que esté capacitado en la terapia de ejercicios para la PAD. • 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>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Transporte: transporte médico en casos que no sean de emergencia†</p> <p>Este beneficio ofrece el transporte más rentable y accesible. Por ejemplo: servicios de transporte médico en ambulancia, camioneta equipada para el transporte en silla de ruedas o camilla, y coordinación con paratransito.</p> <p>Las formas de transporte se autorizan en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando su condición médica o física no le permite viajar en autobús, automóvil de pasajeros, taxi u otra forma de transporte público o privado, y • Dependiendo del servicio, se puede requerir autorización previa. <p>Para obtener más información sobre el transporte que no sea de emergencia, consulte el Capítulo 3.</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>
<p>Transporte: Transporte no médico†</p> <p>Este beneficio ofrece el transporte hacia los servicios médicos en automóvil de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público o privado.</p> <p>El transporte es necesario para obtener la atención médica necesaria, incluido el traslado a las citas con el dentista y para recoger los medicamentos recetados.</p> <p>Este beneficio no limita su beneficio de transporte médico que no sea de emergencia.</p> <p>Para obtener más información sobre el transporte que no sea médico, consulte el Capítulo 3.</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>




Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Atención de urgencia</p> <p>La atención de urgencia es la atención que se brinda para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una situación que no es de emergencia que requiere atención médica inmediata, o • Una enfermedad médica repentina, o • Una herida, o • Una afección que necesita atención inmediata. <p>Si necesita atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red.</p> <p>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).</p> <p>Fuera del área de servicio: Tiene cobertura para atención de urgencia 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>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p> Cuidado de la visión</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de los ojos de rutina cada año. • Servicios médicos ambulatorios para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, incluye exámenes anuales de los ojos para la retinopatía diabética para personas con diabetes y tratamiento para la degeneración macular asociada a la edad. • La prueba de detección de retinopatía diabética y el monitoreo están cubiertos para las personas que tienen diabetes. • Pruebas del campo visual. <p>Para las personas con un riesgo alto de glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma por año. Entre las personas con riesgo alto de padecer glaucoma se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con antecedentes familiares de glaucoma. • Personas con diabetes. • Personas afroamericanas de 50 años de edad o más. • Personas hispanoamericanas de 65 años de edad o más. 	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia a oftalmología.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Artículos para la visión después de una cirugía de cataratas: Cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas en la que el médico inserta una lente intraocular. Si tiene dos cirugías de cataratas distintas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía. • Lentes o armazones correctivos (y su reemplazo) necesarios después de una cirugía de cataratas sin implante de cristalino. 	<p>\$0 para artículos para la visión, de acuerdo con las pautas de Medicare.</p> <p>Nota: Si el artículo para la visión que compra cuesta más de lo que cubre Medicare, usted paga la diferencia.</p>
<p>Anteojos y lentes de contacto: Una vez cada 12 meses, le proporcionamos una asignación de \$350 para comprar un artículo para la visión en un centro de atención óptica del plan, cuando un médico o un optometrista le receta anteojos o lentes de contacto para corrección de la visión. La asignación se puede usar para pagar los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes para anteojos, si un proveedor de la red los coloca en un armazón. • 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. <p>No otorgaremos la asignación para cristales ni armazones (aunque estén cubiertos de otra forma) si ya se proporcionó una en los últimos 12 meses.</p> <p>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 puede usarla más adelante.</p>	<p>Si el artículo para la visión que compre cuesta más de \$350, usted paga la diferencia.</p> <p>Medi-Cal cubre armazones nuevos o de repuesto que cuesten \$80 o menos, cada 24 meses. Si los armazones que compra cuestan más de \$80, usted pagará la diferencia.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Lentes de los anteojos incluidos con su cobertura Medi-Cal:</p> <p>El proveedor de lentes de los anteojos del DHCS proporciona los lentes de los anteojos nuevos o de reemplazo. Si el proveedor del DHCS no puede proporcionarle los lentes que necesita, nos encargaremos de que sus lentes se hagan en otro laboratorio óptico. No tendrá que pagar más si tenemos que hacer arreglos porque el proveedor del DHCS no puede hacer los lentes de sus anteojos.</p>	<p>\$0</p> <p>Si desea lentes de los anteojos o características que no están cubiertas por Medi-Cal, entonces puede que tenga que pagar un extra por esas mejoras.</p>
<p>Lentes de reemplazo: Si tiene un cambio en la receta de por lo menos 0.50 dioptrías en uno o ambos ojos dentro de los 12 meses del punto de venta inicial de un lente de anteojos o de contacto al que le proporcionamos una asignación (o que está cubierto de alguna otra manera), le proporcionaremos una asignación para el precio de compra de un artículo de reemplazo del mismo tipo (lente de anteojos, o lente de contacto, accesorio y entrega) para el ojo que tuvo el cambio de 0.50 dioptrías. La asignación para uno de estos anteojos de reemplazo es de \$30 para lentes de anteojos unifocales o lentes de contacto (incluidas la adaptación y la entrega) y \$45 para un lentes de anteojos multifocales o lenticulares.</p>	<p>Si las lentes que compra cuestan más que la asignación de \$30 para lentes unifocales o \$45 para lentes de anteojos multifocales o lenticulares, pagará la cantidad que supere su asignación.</p>




Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Lentes de contacto especiales: Ofrecemos cobertura para las siguientes lentes de contacto especiales cuando las recete un médico o un optometrista de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para aniridia (ausencia del iris), hasta dos lentes de contacto necesarios desde el punto de vista médico (incluidos ajustes y entrega) por ojo cada 12 meses. • Si las lentes de contacto (además de las lentes de contacto para la aniridia) aportarán una mejoría significativa de su visión que no pueden proporcionar las lentes de anteojos, cubriremos un par de lentes de contacto (incluidas la adaptación y la entrega) o un suministro inicial de lentes de contacto desechables (incluidas la adaptación y la entrega) no más de una vez cada 12 meses. Sin embargo, no cubriremos ninguna lente de contacto si proporcionamos una asignación (u ofrecemos otra cobertura) para un par de lentes de contacto en los 12 meses anteriores, pero sin incluir las lentes de contacto para la aniridia. 	\$0
<p>Dispositivos para personas con visión disminuida: Cubrimos dispositivos para visión disminuida con Medi-Cal cuando se cumplen todas las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mejor agudeza visual corregida es de 20/60 o peor en el mejor ojo, o hay una restricción del campo de cualquiera de los ojos a 10 grados o menos del punto de fijación. • La afección que causa la visión subnormal es crónica y no puede aliviarse por medios médicos o quirúrgicos. • La afección física y mental del beneficiario es tal que existe una expectativa razonable de que la ayuda se utilizará para mejorar la funcionalidad diaria del beneficiario. <p>La cobertura se limita al dispositivo de menor costo que se ajuste a las necesidades del miembro. La cobertura de Medi-Cal no incluye los dispositivos electrónicos de aumento ni los dispositivos que no incorporan un lente para usar en el ojo.</p>	\$0



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
 <p>Consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare”</p> <p>Cubrimos una única consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de su salud, • Educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas pruebas de detección y vacunas), y • Referencias para otros cuidados si los necesita. <p>Nota: Cubrimos la consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses de estar inscrito en Medicare Parte B. Cuando programe la cita, avise al consultorio de su médico que desea programar la consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Atención dental adicional (programa dental de la HMO de DeltaCare® USA)</p> <p>Health Plan tiene un acuerdo con Delta Dental of California (“Delta Dental”) para ofrecerle el Programa dental de la HMO de DeltaCare USA. DeltaCare USA proporciona atención dental integral a través de una red de dentistas contratados por Delta Dental para proporcionar servicios dentales. Para obtener información sobre los proveedores dentales, consulte el Directorio de Proveedores Dentales.</p> <p>El dentista de DeltaCare USA aplicará los beneficios que se mencionan a continuación según lo considere apropiado. Estos beneficios están sujetos a las limitaciones y exclusiones mencionadas en este capítulo. Los miembros deben analizar todas las opciones de tratamiento con el dentista de DeltaCare USA antes de que se presten los servicios. Si los servicios para un procedimiento de la lista son realizados por el dentista contratado asignado, el afiliado paga el copago especificado. Los procedimientos mencionados que requieren que el dentista preste un servicio de especialista y que son referidos por el dentista contratado asignado, deben estar autorizados por Delta Dental. El afiliado paga el copago especificado para dichos servicios.</p> <p>Si un procedimiento no aparece en la siguiente lista, no está cubierto. Nota: Los servicios marcados con un asterisco (*) solo estarán cubiertos cuando se mencionen con otro servicio que no esté marcado con asterisco.</p> <p>El texto que aparece en cursiva a continuación tiene específicamente la finalidad de aclarar la adjudicación de beneficios conforme a los programas DeltaCare USA Dental HMO y no se debe interpretar como códigos de procedimientos, nomenclatura o descriptores de Terminología Dental Actual (CDT) con derechos de autor de la Asociación Dental Americana (ADA). La ADA puede actualizar periódicamente los códigos de procedimientos, la nomenclatura o los descriptores de CDT. Tales actualizaciones pueden usarse para describir estos procedimientos cubiertos de acuerdo con las leyes federales.</p>	
<p>Diagnóstico (D0100-D0999)†</p> <p>D0120: Evaluación bucal periódica: paciente existente.</p> <p>D0140: Evaluación bucal limitada: enfocada en el problema.</p> <p>D0150: Evaluación bucal integral: paciente existente o nuevo.</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
D0160: Evaluación bucal detallada y exhaustiva: enfocada en el problema, según informe.	\$0
D0180: Evaluación periodontal integral, paciente existente o nuevo.	\$0
D0210: Radiografías intrabucales: serie integral de imágenes radiográficas: limitadas a 1 serie cada 24 meses.	\$0
D0220: Radiografía intrabucal: primera imagen radiográfica periapical.	\$0
D0230: Radiografías intrabucales: todas las imágenes radiográficas periapicales adicionales.	\$0
D0240: Radiografía intrabucal: imagen radiográfica oclusiva.	\$0
D0250: Radiografía extrabucal: proyección de imagen radiográfica bidimensional creada mediante una fuente de radiación y un detector.	\$0
D0251: Imagen radiográfica extrabucal dental posterior.	\$0
D0270: Radiografía de mordida – imagen radiográfica única.	\$0
D0272: Radiografías de mordida – dos imágenes radiográficas.	\$0
D0274: Radiografías de mordida: cuatro imágenes radiográficas, limitadas a 1 serie cada 6 meses.	\$0
D0330: Imagen radiográfica panorámica.	\$0
D0350: Imagen fotográfica bidimensional bucal/facial obtenida extra o intrabucalmente para el diagnóstico y el tratamiento de afecciones clínicas específicas que no puedan detectarse en las radiografías: 4 por fecha de servicio.	\$0
D0419: Evaluación del flujo salival por medida: 1 cada 12 meses.	\$0



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
D0502: Otros procedimientos patológicos bucales, por informe.	\$0
D0999: Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe incluye visita al consultorio, por visita (además de otros servicios).	\$0
Preventivos (D1000-D1999)	
D1110: Limpieza de profilaxis (adultos): 1 D1110 o D4346 por cada periodo de 6 meses.	\$0
D1206: Aplicación tópica de barniz con fluoruro: 1 D1206 o D1208 cada 6 meses.	\$0
D1208: Aplicación tópica de fluoruro, excluido el barniz: 1 D1206 o D1208 cada 6 meses.	\$0
D1354: Aplicación de medicamento para detener la caries, por diente: <i>1 por periodo de 6 meses</i>	\$0
<p>Restauración (D2000-D2999)†</p> <p>La cobertura incluye el pulido, todos los adhesivos y agentes de unión, recubrimiento pulpar indirecto, bases, recubrimientos y procedimientos de grabado con ácido sujetos a las siguientes limitaciones:</p> <p>Para el reemplazo de coronas, incrustaciones (inlays) y recubrimientos (onlays) se requiere que la restauración actual tenga más de 5 años.</p>	
D2140: Amalgama: una superficie, primaria o permanente, limitada a 1 cada 36 meses.	\$0
D2150: Amalgama: dos superficies, primarias o permanentes, limitada a 1 cada 36 meses.	\$0
D2160: Amalgama: tres superficies, primarias o permanentes, limitada a 1 cada 36 meses.	\$0
D2161: Amalgama: cuatro o más superficies, primarias o permanentes, limitada a 1 cada 36 meses.	\$0



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
D2330: Empaste a base de resina: una superficie, anterior, limitada a 1 cada 36 meses.	\$0
D2331: Empaste a base de resina: dos superficies, anteriores, limitada a 1 cada 36 meses.	\$0
D2332: Empaste a base de resina: tres superficies, anteriores, limitada a 1 cada 36 meses.	\$0
D2335: Empaste a base de resina: cuatro o más superficies o con compromiso del ángulo incisal (anterior) , limitado a 1 cada 36 meses.	\$0
D2390: Empaste a base de resina, corona, anterior, limitado a 1 cada 36 meses.	\$0
D2391: Empaste a base de resina: una superficie, posterior, limitado a 1 cada 36 meses.	\$0
D2392: Empaste a base de resina: dos superficies, posteriores, limitado a 1 cada 36 meses.	\$0
D2393: Empaste a base de resina: tres superficies, posteriores, limitado a 1 cada 36 meses.	\$0
D2394: Empaste a base de resina: cuatro o más superficies, posteriores, limitado a 1 cada 36 meses.	\$0
D2910: Recementar incrustación (inlay), recubrimiento (onlay) o restauraciones de cobertura parcial, limitado a 1 cada 12 meses.	\$0
D2920: Recementar o readherir corona. El proveedor original es responsable de realizar todas las recementaciones dentro de los primeros 12 meses del reemplazo inicial de una corona prefabricada o procesada en laboratorio. Después del periodo inicial de 1 mes, limitado a 1 cada 12 meses.	\$0
D2928: Corona prefabricada de porcelana/cerámica: diente permanente, limitado a 1 cada 36 meses.	\$0



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
D2931: Corona prefabricada de acero inoxidable: diente permanente, limitado a 1 cada 36 meses.	\$0
D2932: Corona prefabricada de resina: diente primario anterior, limitado a 1 cada 36 meses.	\$0
D2933: Corona prefabricada de acero inoxidable con carilla de resina, limitado a 1 cada 36 meses.	\$0
D2940: Restauración protectora, limitado a 1 cada 6 meses.	\$0
D2952: Poste y muñón, además de la corona, fabricada indirectamente, incluye la preparación del conducto, una por diente.	\$0
D2954: Poste y muñón prefabricados además de la corona: poste de metal base; incluye la preparación del conducto, una por diente.	\$0
Endodoncia (D3000-D3999)† D3110: Recubrimiento de la pulpa, directo (no incluye la restauración final).	\$0
D3346: Retiro de la terapia previa de endodoncia: anterior. No es un beneficio del proveedor original dentro de los 12 meses del tratamiento inicial.	\$0
Periodoncia (D4000-D4999)† Incluye evaluaciones preoperatorias y posoperatorias, y tratamiento con anestesia local. D4341: Raspado periodontal y alisado radicular: cuatro dientes o más por cuadrante, limitado a 1 por cuadrante en 24 meses.	\$0
D4342: Raspado periodontal y alisado radicular: uno a tres dientes por cuadrante, limitado a 1 por cuadrante en 24 meses.	\$0



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
D4346: Raspado en presencia de inflamación gingival moderada o importante generalizada, boca completa, después de evaluación oral, D1110 o D4346: 1 cada 6 meses.	\$0
D4355: Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación integral y un diagnóstico periodontal en una visita posterior, limitado a 1 tratamiento en un periodo de 12 meses consecutivos.	\$0
D4910: Mantenimiento periodontal: Beneficio solo para pacientes que residan en un centro de enfermería especializado o en un centro de atención intermedia, con una tartrectomía y alisado radicular previos (D4341 o D4342) y solo después de haber finalizado con todos las tartrectomías y los alisados radiculares necesarios. Limitado a 1 tratamiento en un periodo de 4 meses, solo durante el periodo de 24 meses siguientes a la última tartrectomía y alisado radicular.	\$0
<p>Prostodoncia, extraíble (D5000-D5899)†</p> <p>El rebasado, el recapado y el acondicionamiento tisular se limitan a 1 por dentadura postiza en 12 meses consecutivos. Para el reemplazo de una dentadura postiza o de una dentadura postiza parcial se requiere que la dentadura postiza actual tenga más de 5 años de edad. Nota: Para todas las dentaduras postizas y parciales y aquellas incluidas en la lista, el copago incluye tareas de ajuste y acondicionamiento tisular durante los seis primeros meses posteriores a su colocación, si así fuera necesario. Debe seguir siendo elegible y el servicio debe proporcionarse en el centro de atención del dentista de DeltaCare USA en el que se entregó la dentadura postiza originalmente.</p>	
D5110: Dentadura postiza completa: maxilar.	\$0
D5120: Dentadura postiza completa: mandibular.	\$0
D5130: Dentadura postiza inmediata: maxilar.	\$0
D5140: Dentadura postiza inmediata: mandibular.	\$0



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
D5410: Ajuste de dentadura postiza completa: maxilar, una por servicio, 2 cada 12 meses.	\$0
D5411: Ajuste de dentadura postiza completa: mandibular, una por servicio, 2 cada 12 meses.	\$0
D5511: Reparación de fractura de base de dentadura postiza completa, mandibular. Una por arco por servicio, limitada a 2 cada 12 meses.	\$0
D5512: Reparación de fractura de base de dentadura postiza completa, maxilar. Una por arco por servicio, limitada a 2 cada 12 meses.	\$0
D5520: Reemplazo de dientes rotos o faltantes: dentadura postiza completa (cada diente), hasta un máximo de 4 por arco, por servicio y por proveedor, limitado a dos por arco en un periodo de 12 meses.	\$0
D5611: Reparación de la resina de base de dentadura postiza parcial, mandibular. Una por arco por servicio, limitada a 2 cada 12 meses.	\$0
D5612: Reparación de la resina de base de dentadura postiza parcial, maxilar. Una por arco por servicio, limitada a 2 cada 12 meses.	\$0
D5730: Recapado de dentadura postiza maxilar completa (directa), limitado a 1 por dentadura cada 12 meses.	\$0
D5731: Recapado de dentadura postiza mandibular completa (directa), limitado a 1 por dentadura cada 12 meses.	\$0
D5750: Recapado de dentadura postiza maxilar completa (indirecta).	\$0
D5751: Recapado de dentadura postiza mandibular completa (indirecta), limitado a 1 por dentadura cada 12 meses.	\$0
D5850: Acondicionamiento tisular, maxilar, limitado a 2 por dentadura postiza cada 36 meses.	\$0



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
D5851: Acondicionamiento tisular, mandibular, limitado a 2 por dentadura postiza cada 36 meses.	\$0
D5863: Sobredentadura: maxilar completa, limitado a 1 cada 5 años.	\$0
D5865: Sobredentadura: mandibular completa, limitado a 1 cada 5 años.	\$0
<p>Servicios de implantes (D6000-D6199)†</p> <p>Un beneficio que se aplica solo cuando las afecciones médicas son documentadas y revisadas para comprobar su necesidad desde el punto de vista médico. Se requiere autorización previa. Consulte también las limitaciones y exclusiones. El proveedor original es responsable de hacer todas las recementaciones dentro de los primeros 12 meses del reemplazo inicial de un implante o de coronas sostenidas por pilar. Después, se limitarán a 1 cada 12 meses de una recementación previa del mismo proveedor.</p>	
D6092: Recementación o refijación de corona con soporte de implante/pilar.	\$0
D6093: Recementación o refijación de dentadura postiza parcial fija con soporte de implante/pilar.	\$0
D6096: Extracción de tornillo de retención de implante roto.	\$0
D6100: Extracción quirúrgica de un implante, por informe.	\$0
D6105: Extracción del cuerpo del implante sin necesidad de extraer el hueso ni elevar el colgajo.	\$0
D6197: Sustitución del material reconstructivo utilizado para cerrar la abertura de acceso de una prótesis implantosoportada atornillada, por implante.	\$0



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Prostodoncia, fija (D6200-D6999)†</p> <p>Cada retenedor y cada pónico constituyen una unidad en una dentadura postiza parcial fija o puente. El reemplazo de una corona, un pónico, una incrustación, un recubrimiento o un dispositivo dental para el estrés requiere que el puente existente tenga más de 5 años de antigüedad.</p>	
D6930: Recementar dentadura postiza parcial fija.	\$0
D6999: Procedimiento de prostodoncia fija no especificado, por informe.	\$0
<p>Cirugía bucal y maxilofacial (D7000-D7999)†</p> <p>Incluye evaluaciones preoperatorias y posoperatorias, y tratamiento con anestesia local.</p>	
D7111: Extracción de remanentes coronales: dientes de leche.	\$0
D7140: Extracción de diente avulsionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o fórceps).	\$0
D7210: Extracción, diente avulsionado que requiere la extracción de hueso y/o el seccionamiento de un diente e incluye la elevación del colgajo mucoperiosteal si está indicado.	\$0
D7220: Extracción de diente traumatizado: tejido blando.	\$0
D7230: Extracción de diente traumatizado: parcialmente óseo.	\$0
D7240: Extracción de diente traumatizado: completamente óseo.	\$0
D7241: Extracción de diente traumatizado: completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales.	\$0
D7250: Extracción de restos radiculares (con incisión).	\$0



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
D7270: Reimplantación de diente y/o estabilización de diente avulsionado o desplazado accidentalmente: solo para dientes permanentes anteriores, una vez por arco.	\$0
D7286: Biopsia de tejido bucal: blando, no incluye procedimientos de laboratorio de patología.	\$0
Servicios generales complementarios (D9000-D9999)†	
D9110: Tratamiento paliativo del dolor dental: por visita.	\$0
D9210: Anestesia local sin procedimientos operativos o quirúrgicos.	\$0
D9211: Anestesia regional o bloqueo	\$0
D9212: Anestesia de bloqueo del trigémino.	\$0
D9215: Anestesia local junto con operaciones o procedimientos quirúrgicos.	\$0
D9223: Sedación profunda/anestesia general, cada incremento de 15 minutos.	\$0
D9230: Inhalación de óxido nitroso/anestesia; analgesia.	\$0
D9239: Sedación/analgesia moderada (consciente) intravenosa, primeros 15 minutos.	\$0
D9243: Sedación intravenosa moderada (consciente), cada incremento posterior de 15 minutos.	\$0
D9248: Sedación consciente no intravenosa Limitada a 1 por servicio.	\$0
D9310: Consulta: servicio de diagnóstico por parte de un dentista o un médico que no sea el dentista o médico a cargo del tratamiento. Este procedimiento solo debe facturarse como procedimientos de diagnóstico D0120, D0140, D0150 o D0160.	\$0



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
D9311: Consulta con su profesional de atención médica.	\$0
D9430: Visita al consultorio para observación (durante el horario regular programado): no se proporcionan otros servicios. 1 por servicio.	\$0
D9440: Visita al consultorio: después del horario regular programado. 1 por servicio y solo con el tratamiento cubierto.	\$0
D9910: Aplicación de medicamento para desensibilización, solo para dientes permanentes, limitado a 1 cada 12 meses.	\$0
D9930: Tratamiento de las complicaciones (postquirúrgicas): circunstancias inusuales, por informe. 1 por servicio.	\$0
D9986: Inasistencia a una cita, sin aviso en las 24 horas previas.	\$0
D9987: Cancelación a una cita, sin aviso en las 24 horas previas.	\$0
D9990: Traducción certificada o servicios de lengua de señas, por visita.	\$0
D9991: Manejo de casos dentales: cómo abordar el tema de las barreras para el cumplimiento de las citas.	\$0
D9992: Manejo de casos dentales: coordinación de la atención.	\$0
D9995: Teledentista: consulta sincronizada en tiempo real.	\$0
D9996: Teledentista: consultas no sincronizadas. La información se almacena y se envía al dentista para que la revise.	\$0



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Atención dental de emergencia*†</p> <p>Si necesita recibir atención dental de emergencia, debe comunicarse con su dentista asignado de DeltaCare USA o al Servicio al cliente de Delta Dental al 1-877-644-1774, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. EST, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m. EST, (los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711).</p> <p>Atención dental de emergencia cubierta que recibe de su dentista asignado de DeltaCare USA.</p>	<p style="text-align: center;">\$0</p>
<p>La atención dental de emergencia cubierta que reciba de un dentista que no sea el asignado de DeltaCare USA se limita a \$100 por emergencia, menos su costo compartido. Asimismo, la atención de emergencia cubierta se limita a la atención necesaria requerida para estabilizar su condición y proporcionar alivio paliativo. Además, si no se cumplen las siguientes condiciones, usted será responsable del costo total de la atención dental:</p> <p>Hizo un intento razonable para comunicarse con su dentista asignado de DeltaCare USA y no lo puede atender en un plazo de 24 horas o cree que su condición hace que no sea razonable o imposible viajar hasta el consultorio del dentista asignado de DeltaCare USA. Si usted es un miembro nuevo que aún no tiene un dentista asignado, debe comunicarse con el Servicio al cliente de Delta Dental para que lo ayuden a encontrar un dentista de DeltaCare USA.</p> <p>Llamó a Servicio al Cliente de Delta Dental antes de recibir atención dental de emergencia o es razonable que reciba atención dental de emergencia sin llamar a Servicio al Cliente considerando su condición y las circunstancias.</p> <p>Los reclamos por servicios dentales de emergencia cubiertos deben enviarse a Delta Dental en los 90 días posteriores a la fecha del tratamiento, a menos que pueda comprobar que no fue razonablemente posible presentar el reclamo en ese plazo. En ese caso, el reclamo debe recibirse dentro del año de la fecha del tratamiento. Envíe su reclamo a: Delta Dental Claims Department, P.O. Box 1803, Alpharetta, GA 30023.</p>	<p>Debe pagar cualquier monto que supere el máximo de \$100.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero se encuentran disponibles mediante Original Medicaid o el pago por servicio de Medi-Cal.

E1. Transiciones a la Comunidad de California (CCT)

El programa de Transiciones a la Comunidad de California (CCT) utiliza organizaciones líderes locales para ayudar a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal que han vivido en un centro de atención para pacientes hospitalizados durante al menos 90 días consecutivos a hacer la transición de vuelta a un entorno comunitario y permanecer seguros en este. El programa de CCT financia los servicios de coordinación de transición durante el periodo previo a la transición y durante los 365 días posteriores para ayudar a los beneficiarios a regresar a un entorno comunitario.

Puede obtener servicios de coordinación de transición de cualquier Organización Líder de CCT que preste servicios en el condado en el que vive. Puede encontrar una lista de Organizaciones Líderes de CCT y los condados en los que prestan servicios en el sitio web del Departamento de Servicios de Atención de la Salud:

www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para los servicios de coordinación de transición de CCT

Medi-Cal paga los servicios de coordinación de transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los servicios que no están no relacionados con su transición de CCT

El proveedor nos factura por sus servicios. Nuestro plan paga los servicios prestados después de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Mientras recibe los servicios de coordinación de transición de CCT, pagamos los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios en la **Sección D**.

Sin cambios en el beneficio de cobertura de medicamentos

El programa de CCT **no** cubre medicamentos. Usted continúa recibiendo su beneficio normal de medicamentos a través de nuestro plan. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros**.

Nota: Si necesita atención de transición que nos sea de CCT, llame a su coordinador de atención para que organice los servicios. La atención de transición que no es de CCT es atención **no** relacionada con su transición de una institución o centro de atención.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

E2. Programa Medi-Cal Dental

Ciertos servicios dentales se encuentran disponibles a través del programa Medi-Cal Dental; este incluye, entre otros, servicios como los siguientes:

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro
- restauraciones y coronas
- tratamiento de endodoncia
- dentaduras postizas, ajustes, reparaciones y rebasados

Los servicios dentales se encuentran disponibles en el programa Medi-Cal Dental como pago por servicio. Para obtener más información, o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte el programa Medi-Cal Dental, comuníquese con la Línea de Servicio al cliente al **1-800-322-6384** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-735-2922**). La llamada es gratuita. Los representantes del Programa de Servicios Medi-Cal Dental están disponibles para ayudarlo de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web **dental.dhcs.ca.gov/** para obtener más información.

Nuestro plan ofrece servicios dentales adicionales. Consulte el Cuadro de Beneficios en la **Sección D** para obtener más información.

E3. Cuidados paliativos

Tiene derecho a elegir los cuidados paliativos si su proveedor y director médico del centro de cuidados paliativos determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que viva seis meses o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o que no pertenece a la red.

Consulte el Cuadro de Beneficios en la **Sección D** para obtener más información sobre lo que pagamos mientras recibe servicios de cuidados para enfermos terminales.

Para servicios de cuidados para enfermos terminales y servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B que se relacionan con su pronóstico terminal

- El proveedor de cuidados para enfermos terminales factura a Medicare por sus servicios. Medicare paga los servicios de cuidados para enfermos terminales relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Para los servicios cubiertos de Medicare Parte A o B que no están relacionados con su pronóstico terminal (excepto para atención de emergencia o urgencia)

- El proveedor facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de nuestro plan

- Los medicamentos nunca tienen cobertura del centro de cuidados paliativos y de nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de su Guía para miembros.

Nota: Si necesita cuidados que no sean paliativos, llame a su coordinador de atención para que organice los servicios. Los cuidados que no son para enfermos terminales son cuidados que no se relacionan con su pronóstico terminal.

E4. Servicios de evaluación de la Agencia Local de Educación (“LEA”)

El Plan de Salud no es responsable de la cobertura de los servicios de evaluación de la LEA, como se especifica en la Sección 51360(b) del Título 22 del Código de Regulaciones de California (CCR) cuando se proporcionan a un miembro que califica para los servicios de la LEA según la Sección 51190.1 del Título 22 del CCR.

E5. Servicios de la LEA, como se especifica en la Sección 51360 del Título 22 del CCR

Health Plan no es responsable de la cobertura de los servicios de la LEA provistos de conformidad con un Plan de Educación Individualizado (IEP), como se establece en el Código de Educación, Sección 56340 y subsecuentes, o un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP), como se establece en la Sección 95020 del Código de Gobierno, o servicios de la LEA provistos bajo un Plan de Salud y Apoyo Individualizado (IHSP), como se describe en la Sección 51360 del Título 22 del CCR.

E6. Servicios de laboratorio proporcionados en virtud del programa estatal de pruebas de alfafetoproteína sérica

La cobertura para los servicios de laboratorio proporcionados en virtud del programa estatal de pruebas de alfafetoproteína sérica es a través de Medi-Cal por FFS.

E7. Oración o curación espiritual

Los servicios de oración o sanción espiritual, como se especifican en la Sección 51312 del Título 22 del CCR, se encuentran disponibles a través de Medi-Cal por FFS. Comuníquese con su condado para obtener más información sobre cómo acceder a estos servicios.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal

En esta sección se informan los beneficios excluidos por nuestro plan. “Excluido” significa que no pagamos estos beneficios. Medicare y Medi-Cal tampoco lo hacen.

La lista a continuación describe algunos servicios y artículos que no cubrimos bajo ninguna condición y algunos excluidos por nosotros solo en algunos casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos enumerados en esta sección (o en cualquier otra parte de esta **Guía para miembros**) excepto en las condiciones específicas enumeradas. Incluso si recibe los servicios en un centro de atención de emergencia, el plan no pagará los servicios. Si cree que nuestro plan debe pagar un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en el Cuadro de Beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- Servicios considerados no “razonables ni necesarios desde el punto de vista médico”, según los estándares de Medicare y Medi-Cal, a menos que figuren como servicios cubiertos. Esta exclusión no aplica a los servicios o artículos que no están cubiertos por Original Medicare, pero están cubiertos por nuestro plan.
- Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Procedimientos y productos experimentales son aquellos que, según Original Medicare, la comunidad médica generalmente no acepta. Podrían tener la cobertura de Original Medicare por medio de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea necesario desde el punto de vista médico.
- Servicios de enfermería privada.
- Artículos personales en su habitación del hospital o del centro de enfermería.
- Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.
- Costos generados por parientes directos o miembros de su hogar.
- Servicios o procedimientos opcionales o voluntarios (incluidos la pérdida de peso, la pérdida o el crecimiento del cabello, el desempeño sexual y atlético, los propósitos cosméticos, los tratamientos contra el envejecimiento y el desempeño mental), excepto cuando sean necesarios desde el punto de vista médico.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

- Atención quiropráctica que no sea la manipulación manual de la columna vertebral, de acuerdo con las pautas de cobertura.
- Cuidado rutinario de los pies, excepto los que se describen en “Servicios de podología” dentro de la Cuadro de Beneficios que se encuentra en la Sección D.
- Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo, a menos que formen parte de un aparato ortopédico para la pierna y se incluyen en el costo del aparato ortopédico o si son para una persona con pie diabético.
- Cirugías para corregir la vista (por ejemplo, la cirugía LASIK).
- Procedimientos de reversión de la esterilización y suministros anticonceptivos de venta libre.
- Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios que se proporcionan a los veteranos en los centros de atención del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y los costos compartidos de la VA son mayores que los de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted sigue siendo responsable de pagar los montos de sus costos compartidos.
- Algunos exámenes y servicios:
 - para obtener o mantener un trabajo;
 - para recibir un seguro;
 - para obtener cualquier tipo de licencia;
 - por orden judicial o para libertad condicional o periodo de prueba.
 - Esta exclusión no se aplica si un médico de la red determina que los servicios son necesarios desde el punto de vista médico.
- Artículos de comodidad o conveniencia. La cobertura de Medi-Cal no incluye equipos ni funciones para la comodidad, conveniencia o lujo. Entre ellos se incluyen artículos que son solamente para la comodidad o la conveniencia de un miembro, un familiar del miembro o del proveedor de atención médica del miembro. Esta exclusión no se aplica a los extractores de leche regulares que se proporcionan a las mujeres después de un embarazo. Esta exclusión no se aplica a los artículos que se hayan aprobado para usted en los Apoyos Comunitarios.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

- Servicios o procedimientos cosméticos. Esta exclusión no se aplica a los siguientes casos:
 - Implantes testiculares implantados como parte de una cirugía reconstructiva cubierta.
 - Prótesis de senos que se necesitan después de una mastectomía o tumorectomía.
 - Prótesis para reemplazar total o parcialmente una parte externa de la cara.
- Casos de lesión accidental o para mejorar la funcionalidad de una extremidad del cuerpo con malformaciones.
- Suministros desechables. La cobertura de Medi-Cal no abarca los siguientes suministros desechables para el uso domiciliario como vendas, gasa, cinta, antisépticos, vendajes ni vendajes elásticos. Esta exclusión no se aplica a los materiales desechables provistos como parte de los siguientes beneficios descritos en el **Capítulo 4** (“Beneficios y servicios”) de esta **Guía para miembros**:
 - Tratamiento de diálisis/hemodiálisis.
 - Equipos médicos duraderos.
 - atención médica a domicilio
 - Cuidados paliativos y del enfermo terminal.
 - Aparatos, equipos y suministros médicos.
 - Medicamentos recetados.
 - Dispositivos protésicos y suministros relacionados.
- Servicios de fertilidad:
 - Servicios para revertir la infertilidad voluntaria mediante cirugía y los servicios de preservación de la fertilidad.
 - Concepción por medios artificiales, como fertilización in vitro, transferencias intratubáricas de cigotos, trasplantes de óvulos y transferencias intratubáricas de gametos (excepto la inseminación artificial y los servicios relacionados cubiertos por Medicare).



- Artículos y servicios que no son de atención médica a menos que estén aprobados por su cobertura de Medi-Cal como parte del programa ILOS o que sean Equipo Médico Duradero. Por ejemplo, no cubrimos lo siguiente:
 - Enseñanza de modales y etiqueta.
 - Servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar habilidades de planificación, como la planificación de las actividades diarias y de proyectos o tareas.
 - Artículos y servicios que aumenten el conocimiento o las habilidades académicas.
 - Servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia.
 - Asesoramiento o clases particulares académicas para habilidades, como gramática, matemáticas y administración del tiempo.
 - Enseñanza de la lectura, independientemente de si tiene dislexia.
 - Exámenes educativos.
 - Enseñanza de arte, danza, música; enseñanza de cómo montar a caballo, cómo tocar un instrumento o nadar, excepto que esta exclusión de “enseñanza” no se aplica a los servicios que formen parte de un plan de tratamiento para la salud del comportamiento y que tengan cobertura en “Tratamiento de salud del comportamiento” en el **Capítulo 4**.
 - Enseñanza de habilidades con propósitos laborales o vocacionales.
 - Capacitación vocacional o enseñanza de habilidades vocacionales.
 - Cursos de crecimiento profesional.
 - Capacitación para un trabajo específico o asesoramiento laboral.
- Modificaciones realizadas a su hogar o automóvil, a menos que se trate de cambios temporarios que se consideren necesarios desde el punto de vista médico o que se hayan aprobado para usted dentro de los apoyos comunitarios.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

- Terapia acuática y otra hidroterapia. Esta exclusión de terapia acuática y otra hidroterapia no se aplica a los servicios de terapia que son parte de un plan de tratamiento de fisioterapia y que están cubiertos como parte de los siguientes beneficios:
 - atención médica a domicilio
 - Cuidados paliativos y del enfermo terminal.
 - Servicios de rehabilitación y habilitación.
 - Servicios de centros de enfermería especializada.
- Terapia de masajes. Esta exclusión no abarca a los servicios de terapia que son parte de un plan de tratamiento de fisioterapia y están cubiertos como parte de los siguientes beneficios:
 - atención médica a domicilio
 - Cuidados paliativos y del enfermo terminal.
 - Servicios de rehabilitación y habilitación.
 - Servicios de centros de enfermería especializada.
- Servicios de cuidado personal (atención de custodia), como la ayuda con actividades de la vida cotidiana (por ejemplo: caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, asearse y tomar medicamentos). Esta exclusión no se aplica a la asistencia para actividades de la vida diaria que se brinda como parte de la cobertura descrita en las siguientes secciones:
 - Cuidados paliativos y del enfermo terminal.
 - Servicios y apoyo de atención a largo plazo.
 - Centros de atención de enfermería especializada/de atención para afecciones subagudas o intermedias.
 - Apoyos Comunitarios.



- Servicios sin aprobación federal de la Administración de Alimentos y Medicamentos. No cubrimos medicamentos, suplementos, pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radiactivos ni cualquier otro servicio que por ley deba contar con la aprobación federal de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para su venta en los EE. UU., pero que no cuente con tal aprobación. Esta exclusión no se aplica a las siguientes situaciones:
 - Servicios cubiertos por los ensayos clínicos.
 - Servicios provistos como servicios en investigación cubiertos.
- Servicios brindados por personas no tituladas. Por lo general, la cobertura no abarca servicios brindados de forma segura y eficaz por personas que no necesiten licencias ni certificados estatales para prestar servicios de atención médica, y en los casos en que la afección del miembro no requiera que los servicios los preste un proveedor de atención médica autorizado. Esta exclusión no abarca las siguientes situaciones:
 - Servicios cubiertos en el **Capítulo 4** de esta **Guía para miembros**.
 - Apoyos Comunitarios cubiertos y aprobados para usted.
 - Servicios de partera cubiertos.
 - Servicios cubiertos de un trabajador sanitario de la comunidad.
- Servicios relacionados con servicios no cubiertos. Cuando un servicio no tiene cobertura, quedan excluidos todos los servicios relacionados con dicho servicio no cubiertos. Esta exclusión no se aplica al tratamiento de complicaciones que resultan de los servicios no cubiertos, si esas complicaciones estuvieran cubiertas de algún modo. Por ejemplo, si tiene una cirugía estética que no está cubierta, no cubriremos los servicios que reciba para prepararse para la cirugía o para la atención de seguimiento. Si después sufre una complicación potencialmente mortal, como una infección grave, esta exclusión no se aplicará y cubriremos los servicios necesarios para tratar la complicación, siempre que los servicios estén cubiertos de acuerdo con esta **Guía para miembros**.
- Administración de casos de intoxicación por plomo en la niñez proporcionada por los departamentos de salud del condado. Comuníquese con su condado para obtener más información acerca de los servicios de administración de casos de intoxicación por plomo.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Exclusiones de DeltaCare USA

Si los servicios para un procedimiento de la lista son realizados por el dentista contratado asignado, el afiliado paga el copago especificado. Los procedimientos mencionados que requieren que el dentista preste un servicio de especialista y que son referidos por el dentista contratado asignado, deben estar autorizados por Delta Dental. El afiliado paga el copago especificado para dichos servicios.

Los siguientes servicios y artículos no están cubiertos en el beneficio dental de DeltaCare USA:

Cualquier procedimiento que no aparezca específicamente en el Cuadro de Beneficios Médicos.

Todos los costos relacionados con la admisión, el uso o las hospitalizaciones, un centro de cirugía para pacientes ambulatorios, un centro de atención prolongada u otro centro de atención similar.

Pérdida o robo de dentaduras postizas totales, mantenedores de espacio y coronas.

Gastos dentales incurridos en relación con cualquier procedimiento dental que empezó después de la cancelación de elegibilidad para cobertura.

Gastos dentales en los que se incurra en relación con cualquier procedimiento dental que se realice antes de que la persona inscrita sea elegible para el programa dental prepago. Algunos ejemplos incluyen: dientes preparados para coronas, dentaduras postizas completas y parciales, endodoncias en curso.

Malformaciones congénitas (p. ej., falta de dientes por razones congénitas, dientes supernumerarios, displasias de dentina y esmalte, etc.) a menos que estén incluidas en el Cuadro de Beneficios Médicos.

Dispensación de medicamentos que no se suministran normalmente en un centro de atención dental, a menos que estén incluidos en el Cuadro de Beneficios Médicos.

Cualquier procedimiento que, según la opinión profesional del dentista contratado, el especialista contratado o el consultor del plan dental:

no se pueda pronosticar un resultado satisfactorio y una duración razonable debido al estado del diente o dientes, o de las estructuras cercanas, o

no siga las normas de la práctica dental generalmente aceptadas.

Servicios dentales proporcionados por cualquier centro de atención dental que no sea el del dentista asignado por contrato, incluidos los servicios de un especialista dental a menos que esté expresamente autorizado por escrito o indicado como "Atención dental de emergencia" en el Cuadro de Beneficios Médicos. Para obtener una autorización por escrito, el afiliado debe llamar al Departamento de Servicio al Cliente al

1-877-644-1774, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. EST, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m. EST, (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**).

Consultas para beneficios no cubiertos.

Restauraciones realizadas únicamente por motivos estéticos, abrasiones, desgaste, erosión, restauración o alteración de la dimensión vertical, malformación congénita o de desarrollo de los dientes.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Los procedimientos preventivos, endodónticos o de restauración no son una ventaja para los dientes que se van a retener para las sobredentaduras.

Aparatos o restauraciones necesarias para aumentar la dimensión vertical, reemplazar o estabilizar la pérdida de la estructura dental debido al desgaste, realineación de los dientes, ferulización periodontal, registros gnatólogicos, equilibrio o tratamiento de alteraciones de la articulación temporomandibular (TMJ), a menos que estén incluidos en el Cuadro de Beneficios Médicos.

Un plan de tratamiento inicial que implica la extirpación y el restablecimiento de los contactos oclusales de 10 o más dientes con coronas, recubrimientos, dentaduras postizas parciales fijas (puentes) o cualquier combinación de estas se considera una reconstrucción completa de la boca en el programa dental prepago. Las coronas asociadas con dicho plan de tratamiento no son beneficios cubiertos. Esta exclusión no elimina el beneficio de otros servicios cubiertos.

Precious metal for removable appliances, metallic or permanent soft bases for complete dentures, porcelain denture teeth, and personalization and characterization of complete dentures.

Extracción de dientes cuando los dientes son asintomáticos/no tienen patologías (no hay signos ni síntomas de patología o infección), incluida por ejemplo la extracción de los terceros molares.

Modalidades de tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular que implican prostodoncia, ortodoncia y rehabilitación oclusal completa o parcial, o procedimientos para trastornos de la articulación temporomandibular realizados exclusivamente para el tratamiento del bruxismo.

Procedimientos de vestibuloplastia/extensión de la cresta realizados el mismo día de servicio que las extracciones (D7111-D7250) en el mismo arco.

Sedación profunda/anestesia general para procedimientos cubiertos en la misma fecha de servicio que la analgesia, anestesia, inhalación de óxido nitroso o para analgesia/sedación consciente intravenosa.

Analgesia/sedación consciente intravenosa para procedimientos cubiertos en la misma fecha de servicio que la analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso o para sedación profunda/anestesia general.

Inhalación de óxido nitroso cuando se administra con otros procedimientos de sedación cubiertos.

El tratamiento de ortodoncia debe ser proporcionado por un dentista autorizado. No se cubre la ortodoncia autoadministrada.

La extracción de dispositivos de ortodoncia fija por motivos que no sean completar un tratamiento no es un beneficio cubierto.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Limitaciones de DeltaCare USA

Los siguientes servicios y artículos están limitados según su beneficio dental de DeltaCare USA:

La frecuencia de ciertos beneficios es limitada. Todas las limitaciones de la frecuencia se incluyen en el Cuadro de Beneficios.

Un empaste es un beneficio para la eliminación de caries, para reparaciones menores de la estructura del diente o para reparar un empaste perdido.

Una corona es un beneficio cuando no hay estructura de diente suficiente para permitir un empaste o para reemplazar una corona existente que no es funcional o no es restaurable y se cumple el límite de más de 5 años.

El reemplazo de una corona existente o una dentadura postiza completa removible es un beneficio cubierto cuando

- la restauración existente/dentadura postiza ya no es funcional y no puede hacerse funcional mediante reparación o ajuste, y

- la restauración existente/dentadura postiza se colocó cinco o más años antes del reemplazo.

Las dentaduras postizas parciales provisionales (placas de retención) en conjunto con aparatos fijos o extraíbles, están limitadas al reemplazo de dientes anteriores extraídos en adultos durante un periodo de curación cuando no puede añadirse el diente a una dentadura postiza parcial existente.

Los beneficios de un programa de tratamiento de tejidos blandos se limitan a esas partes, que se enumeran en la lista de servicios cubiertos en el **Capítulo 4** “Dental Care (programa dental de la HMO de DeltaCare USA)”. Si un afiliado rechaza los servicios sin cobertura de un programa de tratamiento de tejidos blandos, esto no elimina ni altera ningún otro beneficio cubierto.

Una dentadura postiza inmediata nueva extraíble completa o cubierta incluye los ajustes posteriores a la entrega y el acondicionamiento de los tejidos sin costo adicional durante los primeros seis meses después de la colocación si la persona inscrita sigue siendo elegible y el servicio se proporciona en el centro del dentista contratado donde se entregó originalmente la dentadura postiza.

Las dentaduras postizas inmediatas están cubiertas cuando se cumplen una o más de las siguientes condiciones:

- caries generalizada o en una gran extensión según las radiografías, o

- implicación periodontal grave indicada, o

- numerosos dientes que faltan, lo cual reduce la capacidad de masticar y afecta negativamente la salud del afiliado.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Los servicios de implante son un beneficio solo cuando las afecciones médicas excepcionales son documentadas y revisadas para comprobar su necesidad desde el punto de vista médico y se obtiene una autorización previa. Las condiciones médicas excepcionales incluyen, entre otras:

Cáncer de la cavidad oral que requiere cirugía de ablación y/o radiación que produce la destrucción del hueso alveolar, de modo que las estructuras óseas restantes no sean compatibles con prótesis dentales convencionales.

Atrofia grave de la mandíbula y/o del maxilar superior que no puede corregirse con procedimientos de extensión vestibular o procedimientos de aumento óseo, y las prótesis convencionales no funcionan para el afiliado.

Deformidades esqueléticas que excluyen el uso de prótesis convencionales (como artrogriposis, displasia ectodérmica, anodoncia parcial y displasia cleidocraneal).

Ciertos procedimientos indicados realizados por un especialista pueden considerarse primarios en la cobertura médica del afiliado. Los beneficios dentales se coordinarán de acuerdo a esto.

La sedación profunda/anestesia general o analgesia/sedación consciente intravenosa para procedimientos cubiertos requiere documentación para justificar la necesidad médica basada en una limitación física o mental o una contraindicación al agente anestésico local.

La administración de la sedación profunda/anestesia general (D9223), del óxido nitroso (D9230), de la analgesia/sedación consciente intravenosa (D9243) y del medicamento parenteral terapéutico (D9610) es un beneficio en conjunto con procedimientos asociados pagaderos. El pago o la autorización previa se negarán si se niegan todos los procedimientos asociados del mismo proveedor. Solo se podrá pagar un procedimiento de anestesia por servicio sin importar los métodos de administración y los medicamentos que se utilicen.

La administración de sedación consciente no intravenosa (D9248) requiere documentación para justificar la necesidad médica basada en una limitación física, de comportamiento, de desarrollo o mental que impida que el paciente responda a los intentos del proveedor para realizar un tratamiento. No se considera un beneficio en la misma fecha del servicio de la anestesia general/sedación profunda (D9223), analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso (D9230), sedación consciente/analgesia intravenosa (D9243) o cuando todos los procedimientos asociados en la misma fecha del servicio por el mismo proveedor sean rechazados.

El tratamiento de las complicaciones (posquirúrgicas) en circunstancias inusuales, por informe (D9930), es un beneficio para el tratamiento de alvéolos secos o por sangrado excesivo dentro de los 30 días de una extracción o para la extirpación de un fragmento óseo dentro de los 30 días de una extracción.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor le ordena y que usted obtiene en una farmacia o mediante pedidos por correo. Entre ellos se incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Medi-Cal. El **Capítulo 6** de esta **Guía para miembros** le informa lo que debe pagar usted por esos medicamentos. Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para miembros**.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se tratan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A.** Por lo general, son los medicamentos que se le administran mientras se encuentra en el hospital o en el centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B.** Entre ellos, algunos medicamentos de quimioterapia, medicamentos inyectables que se le administran durante la visita al consultorio de un médico u otro proveedor y medicamentos que se le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de Medicare Parte B están cubiertos, consulte la Cuadro de Beneficios que se encuentra en el **Capítulo 4** de esta **Guía para miembros**.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

Generalmente, cubriremos sus medicamentos siempre y cuando usted siga las reglas de esta sección.

1. Un médico u otro proveedor debe emitir la receta, que debe ser válida según la ley estatal correspondiente. Esta persona a menudo es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de atención primaria lo refirió para obtener atención.
2. El profesional que emite la receta **no** debe integrar las listas de exclusión o preclusión de Medicare ni en ninguna lista similar de Medicaid
3. Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

4. El medicamento que le hayan recetado debe estar en nuestra **Lista Integral de Medicamentos Cubiertos de 2023**. La llamamos “Lista de Medicamentos”, para abreviar.
 - Si no está en la Lista de Medicamentos, es posible que podamos cubrirlo mediante una excepción.
 - Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información sobre cómo pedir una excepción.
 - También tenga en cuenta que la solicitud de cobertura del medicamento recetado será evaluada de acuerdo con las normas de Medicare y Medi-Cal.
5. El medicamento debe utilizarse según una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Esto significa que el uso del medicamento cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldado por determinados libros de referencia médica. El médico quizás pueda ayudarlo a encontrar las referencias médicas que respalden el uso del medicamento recetado.

Capítulo 5 Índice

A. Surtido de sus recetas médicas	162
A1. Surtido de recetas en una farmacia de la red	162
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del plan cuando surte una receta	162
A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red	162
A4. Qué hacer si su farmacia ya no forma parte de la red	163
A5. Cómo usar una farmacia especializada	163
A6. Cómo usar los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos	164
A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo	166
A8. Cómo usar una farmacia que no pertenece a la red del plan	166
A9. Reembolso por medicamentos recetados.....	168



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

- B. Lista de Medicamentos de nuestro plan..... 168
 - B1. Medicamentos en la Lista de Medicamentos 169
 - B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos 170
 - B3. Medicamentos no incluidos en la Lista de Medicamentos 170
- C. Límites para algunos medicamentos..... 172
- D. Razones por las que es posible que su medicamento no esté cubierto..... 173
 - D1. Cómo obtener un suministro temporal..... 173
- E. Cambios de cobertura de sus medicamentos 176
- F. Cobertura de medicamentos en casos especiales 179
 - F1. En un hospital o centro de enfermería especializada durante una internación cubierta por nuestro plan 179
 - F2. En un centro de atención a largo plazo 179
 - F3. En un programa de cuidados para enfermos terminales certificado por Medicare 179
- G. Programa sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos..... 180
 - G1. Programas para ayudarlo a usar los medicamentos de forma segura 180
 - G2. Programas que lo ayudan a administrar sus medicamentos 180
 - G3. Programa de administración de medicamentos para el uso seguro de opiáceos 183



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

A. Surtido de sus recetas médicas

A1. Surtido de recetas en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos los medicamentos recetados solo cuando se surten en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir las recetas médicas para los miembros de nuestro plan. Puede usar cualquiera de las farmacias de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, busque en el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio a los Miembros.

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del plan cuando surte una receta

Para surtir un medicamento recetado, **presente su tarjeta de identificación** del plan en la farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura nuestra parte del costo del medicamento recetado cubierto. Es posible que deba pagar un copago a la farmacia cuando recoja la receta.

Recuerde: necesita la tarjeta de Medi-Cal o la Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) para poder acceder a los medicamentos recetados cubiertos por Medi-Cal.

Si no lleva la tarjeta de identificación de su plan o la BIC cuando surte su receta médica, pida a la farmacia que nos llame para obtener la información requerida.

Si la farmacia no puede obtener la información que necesita, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado al recogerlo. Después, podrá solicitarnos que le devolvamos la parte del costo que nos corresponde pagar.

Si no puede pagar el medicamento, las leyes estatales y federales permiten a la farmacia emitir, en casos de emergencia, una receta con un suministro mínimo para 72 horas del medicamento que necesita. Comuníquese inmediatamente con Servicio a los Miembros. Haremos todo lo posible para ayudarlo.

- Para pedirnos que le reembolsemos el dinero, consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para miembros**.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicio a los Miembros.

A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red

Si necesita cambiar su farmacia de la red, comuníquese con Servicio a los Miembros.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

A4. Qué hacer si su farmacia ya no forma parte de la red

Si la farmacia que usted utiliza ya no forma parte de la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, busque en el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio a los Miembros.

A5. Cómo usar una farmacia especializada

En algunas ocasiones, las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapias de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un centro de atención a largo plazo, como un centro de adultos mayores y personas con discapacidad.

Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si es residente de un centro de atención a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia de dicho centro de atención.

Si la farmacia del centro de atención a largo plazo no forma parte de nuestra red o si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicio a los Miembros.

- Farmacias que atienden al Servicio de Salud para la población Indígena/Programa de Salud para Indígenas Tribales/Urbanos. Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- 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 no es frecuente.)

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio a los Miembros.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

A6. Cómo usar los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos

Para obtener determinados medicamentos, puede utilizar el servicio de pedidos por correo de nuestro plan. En general, los medicamentos disponibles por medio de la venta por correo son medicamentos que se toman de manera regular para tratar una afección médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos disponibles mediante el servicio de pedido por correo de nuestro plan 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 hasta 100 días. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

Cómo surtir recetas por correo

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, visite su farmacia local de la red o nuestro sitio web en kp.org/refill. 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 al **1-888-218-6245 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., los sábados de 8 a. m. a 6 p. m. y los domingos de 9 a. m. a 6 p. m., o al número resaltado que aparece en la etiqueta de su receta y siga las indicaciones. Asegúrese de seleccionar la opción de entrega por correo cuando se le indique.
- Envíe por correo su solicitud de resurtido de medicamentos o renovación de recetas en un formulario de orden por correo disponible en cualquier farmacia de la red de Kaiser Permanente.

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 [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.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Por lo general, los pedidos por correo de medicamentos recetados llegan en un plazo de 5 días. Si la entrega por correo se demora, llame al número mencionado arriba o incluido en la etiqueta del frasco del medicamento recetado para recibir ayuda. 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 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 100 días de una farmacia minorista de la red que de nuestra farmacia de pedidos por correo.

Procesos de los pedidos por correo

El servicio de pedidos por correo tiene diferentes procedimientos para las recetas nuevas que recibe de usted, las recetas nuevas que obtiene directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de sus medicamentos recetados pedidos por correo.

1. Recetas nuevas que la farmacia obtiene del consultorio de su proveedor

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se comunica con usted para averiguar si desea que le surtan el medicamento de inmediato o más adelante.

- Esto le da la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le envíe el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma farmacéutica) y, de ser necesario, le permite detener o atrasar el pedido antes de que lo facturen y envíen.
- Responda cada vez que la farmacia se comunice con usted para informarles qué hacer con la nueva receta y para evitar demoras en el envío.

2. Resurtido por correo de medicamentos recetados

Para resurtir, póngase en contacto con su farmacia 5 días antes de que se agoten sus medicamentos recetados actuales para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Infórmele a la farmacia sus medios preferidos de contacto para que puedan contactarlo para confirmar su pedido antes de enviarlo. Cuando haga su pedido, proporcione su información de contacto actual por si necesitamos comunicarnos con usted.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de manera regular para tratar una afección médica crónica o de largo plazo.

Algunas farmacias de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de los medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. En el

Directorio de Proveedores y Farmacias, puede consultar cuáles farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener más información.

Para obtener determinados medicamentos, puede utilizar el servicio de pedidos por correo de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para obtener más información sobre los servicios de pedidos por correo.

A8. Cómo usar una farmacia que no pertenece a la red del plan

En general, pagamos los medicamentos que se surten en farmacias fuera de la red solo cuando no es posible usar una farmacia de la red.

Pagamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- 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 cubiertos 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 fuera de 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 periodo 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 tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

- 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.

En estos casos, consulte primero con Servicio a los Miembros para averiguar si hay una farmacia de la red cercana.

A9. Reembolso por medicamentos recetados

En general, si usted utiliza una farmacia fuera de la red, debe pagar el costo total en lugar de un copago cuando obtiene su medicamento recetado. Puede pedirnos que le devolvamos la parte que nos corresponde del costo.

Si paga el costo total por su medicamento recetado que podría estar cubierto por Medi-Cal Rx, es posible que la farmacia le reembolse una vez que Medi-Cal Rx pague el medicamento recetado. O bien puede pedirle a Medi-Cal Rx que le reembolse presentando un reclamo “Reembolso de Gastos de Bolsillo de Medi-Cal (Conlan)”. Puede encontrar más información en el sitio web de Medi-Cal: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Para obtener más información sobre esto, consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para miembros**.

B. Lista de Medicamentos de nuestro plan

Tenemos una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. La llamamos “Lista de Medicamentos”, para abreviar.

Seleccionamos los medicamentos de la Lista de Medicamentos con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos también le indica las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan cuando sigue las reglas que explicamos en este capítulo.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

B1. Medicamentos en la Lista de Medicamentos

Nuestra Lista de Medicamentos incluye medicamentos cubiertos por Medicare.

La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene en la farmacia están cubiertos por su plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273**. Traiga consigo su Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando surta sus recetas mediante Medi-Cal Rx.

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 que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos con base en proteínas) se denominan productos biológicos. En nuestra Lista de Medicamentos, “medicamento” puede hacer referencia a un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los medicamentos genéricos y biosimilares son tan eficaces como los medicamentos de marca o los productos biológicos y, generalmente, cuestan menos. Hay sustitutos o alternativas biosimilares de medicamentos genéricos disponibles para varios medicamentos de marca y algunos productos biológicos. Hable con su proveedor si tiene preguntas sobre si un medicamento genérico o de marca satisfará sus necesidades.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos

Para averiguar si un medicamento que toma está incluido en nuestra Lista de Medicamentos, puede realizar lo siguiente:

- Revisar la Lista de Medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica en nuestro sitio web.
- Visitar el sitio web de nuestro plan en kp.org/seniorrx. La Lista de Medicamentos publicada en nuestro sitio web siempre es la vigente.
- Llamar a Servicio a los Miembros para averiguar si un medicamento está incluido en nuestra Lista de Medicamentos o para solicitar una copia de la lista.
- Los medicamentos que no tienen cobertura de la Parte D pueden tener cobertura de Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información.

B3. Medicamentos no incluidos en la Lista de Medicamentos

No cubrimos todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no están incluidos en nuestra Lista de Medicamentos porque la ley no nos permite cubrir esos medicamentos. En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos. Si se le recetó un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos, sus necesidades de medicamentos recetados siempre se evaluarán de conformidad con las políticas de cobertura de nuestro plan, así como también las reglas de cobertura de Medicare.

Nuestro plan no paga los medicamentos indicados en esta sección. Estos se llaman **medicamentos excluidos**. Si recibe una receta para un medicamento excluido, es posible que deba pagarlo usted mismo. Si cree que debemos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros** para obtener más información sobre apelaciones.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

A continuación se presentan tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

- La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de la Parte D) no puede pagar un medicamento que Medicare Parte A o Parte B ya cubre. Nuestro plan cubre los medicamentos cubiertos por Medicare Parte A o Parte B de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
- El plan no cubre medicamentos que se compran fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas como un tratamiento para su afección. Su médico puede recetarle un medicamento determinado para tratar su afección, aunque no haya sido aprobado para tratarla. Esto se llama “uso de medicamentos fuera de indicación”. Por lo general, nuestro plan no cubre medicamentos recetados para uso fuera de indicación.
- En Medi-Cal, la mayoría de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios están cubiertos con Medi-Cal Rx como un servicio a través de Pago por Servicio de Medi-Cal. Para tener cobertura de Medi-Cal Rx, el artículo debe estar incluido en la Lista de Medicamentos por Contrato (CDL) o debe estar aprobado previamente para usted por Medi-Cal Rx. Su proveedor puede informarle si un medicamento está incluido en la CDL de Medi-Cal Rx.

Además, por ley, Medicare o Medi-Cal no puede cubrir los tipos de medicamentos que se indican a continuación.

- Medicamentos para favorecer la fertilidad.
- Medicamentos para propósitos estéticos o para favorecer el crecimiento del cabello.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, tales como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios fabricados por una compañía que dice que usted debe someterse a pruebas o servicios realizados solo por ella.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

C. Límites para algunos medicamentos

Se aplican reglas especiales que limitan cuándo y qué tipo de cobertura se ofrece para ciertos medicamentos recetados. Por lo general, nuestras reglas le recomiendan que obtenga un medicamento que sea seguro y eficaz para tratar su afección médica. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Si existe una regla especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deben seguir pasos adicionales para que lo cubramos.

Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que decirnos su diagnóstico o proporcionarnos primero los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor piensa que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, solicítenos que hagamos una excepción. Podemos o no estar de acuerdo en permitirle usar el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Para obtener más información sobre cómo pedir excepciones, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.

1. Limitar el uso de un medicamento de marca cuando hay disponible una versión genérica

Generalmente, los medicamentos genéricos son tan eficaces como los medicamentos de marca y, por lo general, cuestan menos. Si hay una versión genérica disponible de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionan el genérico.

- Por lo general, no pagamos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos informa que hay una razón médica por la cual el medicamento genérico u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no funcionarán para usted, cubriremos el costo del medicamento de marca.

2. Cómo obtener la aprobación del plan con antelación

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener una aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta médica. Es posible que no cubramos el medicamento si no obtiene la autorización.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

3. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener. A esto se le llama límite de cantidad. Por ejemplo, podemos limitar qué cantidad de un medicamento puede obtener cada vez que surta su receta médica.

Para averiguar si alguna de las reglas anteriores se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio a los Miembros o consulte nuestro sitio web en kp.org/seniorrx. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de solicitud de excepción o cobertura, puede solicitar una apelación. Para obtener más información sobre esto, consulte la **Sección E** en el **Capítulo 9**.

D. Razones por las que es posible que su medicamento no esté cubierto

Tratamos de hacer que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces es posible que un medicamento no esté cubierto de la manera que desea. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que desea tomar. Es posible que el medicamento no esté en nuestra Lista de Medicamentos. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y aún no lo hemos revisado en cuanto a su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero hay reglas o límites especiales en la cobertura del medicamento. Como se explica en la sección anterior **Sección C**, algunos medicamentos que nuestro plan cubre tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que usted o el profesional que expide recetas desee solicitarnos una excepción.

Hay cosas que puede hacer si no cubrimos un medicamento de la forma en que desea que lo cubramos.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos darle un suministro temporal de un medicamento cuando el medicamento no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos o está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor acerca de cómo obtener un medicamento diferente o para pedirnos que cubramos el medicamento.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con las dos reglas a continuación:

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos;
 - nunca estuvo incluido en nuestra Lista de Medicamentos, o
 - ahora está limitado de alguna manera.
2. Debe encontrarse en una de estas situaciones:
 - Fue parte de nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal tiene una duración de hasta 30 días.
 - Si su receta médica es por menos tiempo, permitimos que se hagan varios resurtidos para proporcionarle medicamentos para 30 días como máximo. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar su medicamento recetado en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.
 - Es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.
 - Este suministro temporal tiene una duración de hasta 30 días.
 - Si su receta médica es por menos tiempo, permitimos que se hagan varios resurtidos para proporcionarle medicamentos para 30 días como máximo. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar su medicamento recetado en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

- Ha estado en nuestro plan durante más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro de 31 días o menos si su receta es para menos días. Este suministro es adicional al suministro provisional que se mencionó arriba.
 - Si ingresa o es dado de alta de un hospital, centro de enfermería especializada o centro de atención 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 periodo de transición en el nivel de atención, incluso si el medicamento no está en nuestra Lista de Medicamentos.
 - Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicio a los Miembros.

Cuando recibe el suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor tan pronto como sea posible para decidir qué hacer cuando el suministro se termine. Estas son sus opciones:

- Cambiar a otro medicamento.

Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente que funcione para usted. Llame a Servicio a los Miembros y solicite una lista de los medicamentos que cubrimos y se usan como tratamiento para la misma afección médica. Con esta lista, su proveedor puede buscar un medicamento cubierto que sea adecuado para usted.
-
- Pedir una excepción.

Usted y su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos o pedirnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que tiene una buena razón médica para que se le realice una excepción, puede ayudarlo a solicitarla.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Si un medicamento que toma se eliminará de nuestra Lista de Medicamentos o se limitará de alguna manera el próximo año, le permitimos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informamos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Pídanos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento para el próximo año como le gustaría.
- Respondemos a su solicitud de una excepción en el plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta).

Para obtener más información sobre cómo pedir una excepción, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicio a los Miembros. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de solicitud de excepción o cobertura, puede solicitar una apelación. (Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección E del **Capítulo 9**).

E. Cambios de cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero es posible que agreguemos o eliminemos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, es posible que:

- decidamos exigir o no la aprobación previa para un medicamento (permiso nuestro antes de que pueda obtener un medicamento);
- agreguemos o cambiemos la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad);
- agreguemos o cambiemos las restricciones de la terapia escalonada en un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la **Sección C**.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Si toma un medicamento que cubrimos en el **comienzo** del año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, salvo que:

- salga al mercado un medicamento nuevo más barato que funciona tan bien como un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos ahora; **o**
- nos informan que un medicamento no es seguro, **o**
- un medicamento se retira del mercado.

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia nuestra Lista de Medicamentos, siempre puede:

- revisar en línea nuestra Lista de Medicamentos vigente en **kp.org/seniorrx**, **o**
- llamar a Servicio a los Miembros para comprobar cuál es la Lista de Medicamentos vigente.

Algunos de los cambios en nuestra Lista de Medicamentos ocurren **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Sale a la venta un nuevo medicamento genérico.** A veces, sale a la venta en el mercado un nuevo medicamento genérico que funciona tan bien como un medicamento de marca que ya está en nuestra Lista de Medicamentos. Si eso sucede, es posible que eliminemos el medicamento de marca y agreguemos el nuevo medicamento genérico, pero el costo del nuevo medicamento no cambiará. Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiando sus reglas o límites de cobertura.
 - Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realizamos, una vez que suceda.
 - Tanto usted como su proveedor pueden solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviamos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros** para obtener más información acerca de las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dice que un medicamento que está tomando no es seguro, o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, nosotros lo eliminaremos de nuestra Lista de Medicamentos. Si usted está tomando el medicamento, se lo informaremos. El profesional que receta el medicamento también estará al tanto del cambio y lo ayudará a buscar otro medicamento para su afección médica.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Podemos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que toma. Le informaremos con anticipación acerca de estos otros cambios en nuestra Lista de Medicamentos. Los cambios pueden ocurrir si ocurre lo siguiente:

- la FDA proporciona una nueva guía o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento;
- agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, y
 - reemplazamos un medicamento de *marca* que ya está en nuestra Lista de Medicamentos, o
 - cambian las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando ocurren estos cambios, nosotros haremos lo siguiente:

- le informaremos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio en nuestra Lista de Medicamentos, o
- le avisaremos y le daremos un suministro del medicamento suficiente para 30 días, después de que haya solicitado que se vuelva a surtir.

Así tendrá tiempo para hablar con su médico u otro profesional que expida recetas.

Pueden ayudarlo a decidir lo siguiente:

- si hay un medicamento similar en nuestra Lista de Medicamentos que pueda tomar en su lugar, o
- si debe pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo pedir excepciones, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.

Podemos hacer cambios en los medicamentos que toma y puede que no le afecten en este momento. Para tales cambios, si está tomando un medicamento que cubríamos en el **comienzo** del año, por lo general no quitamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

- Por ejemplo, si, para limitar su uso, eliminamos un medicamento que está tomando, entonces el cambio no afectará su consumo del medicamento durante el resto del año.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o centro de enfermería especializada durante una internación cubierta por nuestro plan

Si es ingresado en un hospital o en un centro de enfermería especializada cubierto por nuestro plan, en general, cubriremos el costo de los medicamentos recetados que reciba durante su hospitalización. No pagará un copago. Cuando reciba el alta del hospital o del centro de enfermería especializada cubriremos sus medicamentos, siempre y cuando se cumplan todas las reglas de cobertura.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted debe pagar, consulte el **Capítulo 6** de esta **Guía para miembros**.

F2. En un centro de atención a largo plazo

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

Consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información, comuníquese con Servicio a los Miembros.

F3. En un programa de cuidados para enfermos terminales certificado por Medicare

Los medicamentos nunca tienen cobertura del centro de cuidados paliativos y de nuestro plan al mismo tiempo.

- Es posible que esté inscrito en un centro para enfermos terminales de Medicare y necesite un analgésico, antiemético, laxante o ansiolítico que su centro no cubre porque no está relacionado con su pronóstico ni con sus afecciones terminales. En ese caso, y para que podamos cubrirlo, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que expide recetas o del proveedor de cuidados paliativos respecto de que el medicamento no está relacionado.
- Para evitar demoras al recibir los medicamentos no relacionados que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle al proveedor de cuidados paliativos o a quien expide recetas que se asegure de que recibamos la notificación de que el medicamento no está relacionado, antes de que usted pida a la farmacia que le surta la receta.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Si abandona el centro para enfermos terminales, nuestro plan cubrirá todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados para enfermos terminales de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar que abandonó el centro para enfermos terminales.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que informan cuáles medicamentos cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de esta **Guía para miembros** para obtener más información sobre el beneficio del centro para enfermos terminales.

G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

G1. Programas para ayudarlo a usar los medicamentos de forma segura

Cada vez que surta una receta, buscaremos posibles problemas, como errores de medicamentos o aquellos que:

- quizás no sean necesarios porque toma otro medicamento que tiene el mismo efecto;
- tal vez no sean seguros para su edad o sexo;
- podrían perjudicarlo si los toma juntos;
- tienen ingredientes a los que usted es o puede ser alérgico;
- contienen cantidades peligrosas de analgésicos opiáceos.

Si detectamos un posible problema en cómo consume sus medicamentos recetados, trabajaremos junto a su proveedor para corregir ese problema.

G2. Programas que lo ayudan a administrar sus medicamentos

Es posible que tome los medicamentos contra distintas afecciones médicas o bien, que se encuentre en un Programa de Administración de Medicamentos para ayudarlo a tomar sus opiáceos de manera segura. En tales casos, puede ser elegible para recibir servicios, sin costo alguno para usted, a través de un programa de Administración del Tratamiento con Medicamentos (MTM). Este programa lo ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos funcionen para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión integral de todos sus medicamentos y hablarán con usted acerca de:

- cómo obtener más beneficios de los medicamentos que toma;
- cualquier inquietud que tenga, como los costos o las reacciones a los medicamentos;
- cuál es la mejor manera de tomar los medicamentos;
- cualquier pregunta o problema que tenga con respecto a sus medicamentos recetados o de venta libre.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Después, le proporcionarán lo siguiente:

- Un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para sacarles provecho.
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los que toma y por qué los toma.
- Información sobre cómo desechar de manera segura los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es recomendable que programe una revisión de medicamentos antes de su visita de “Bienestar” anual para que pueda hablar con el médico sobre el plan de acción y la lista de medicamentos.

- Lleve con usted el plan de acción y la lista de medicamentos a la consulta o cuando hable con los médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención médica.
- Lleve su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de administración de medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que reúnen los requisitos. Si contamos con un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos en él y le enviaremos información. Si no desea estar en el programa, háganoslo saber y lo sacaremos.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese a Servicio a los Miembros.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

G3. Programa de administración de medicamentos para el uso seguro de opiáceos

Nuestro plan tiene un programa que ayuda a los miembros a consumir de forma segura sus medicamentos opiáceos recetados u otros medicamentos que consume en exceso frecuentemente. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP).

Si consume medicamentos opiáceos que obtiene de distintos médicos o farmacias o si tuvo una sobredosis de opiáceos reciente, podemos hablar con sus médicos para garantizar que consuma adecuadamente los medicamentos y que sean necesarios 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. Las limitaciones pueden:

- exigirle que obtenga todas las recetas para esos medicamentos en determinadas farmacias o de determinados médicos;
- poner un límite a la cantidad de esos medicamentos que cubrimos para usted.

Si consideramos que le corresponden una o más de las limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta explica cuáles limitaciones creemos que deberían aplicarse.

Tendrá una oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere y brindarnos toda información que considere importante que sepamos. Si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos después de que tenga la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con que está en riesgo de uso indebido de medicamentos recetados o no está de acuerdo con la limitación, usted y el profesional que emite sus recetas pueden presentar una apelación. Si elige apelar, revisaremos su caso y le comunicaremos la decisión por escrito. Si seguimos negando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones de su acceso a estos medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a una Organización de Revisión Independiente. Para obtener más información sobre las apelaciones y la Organización de Revisión Independiente, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.

Es posible que el DMP no le corresponda si:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes;
- está recibiendo cuidados, paliativos, o para enfermos terminales, o
- vive en un centro de atención a largo plazo.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Capítulo 6: Cuánto paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal.

Introducción

Este capítulo le informa cuánto debe pagar por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos” queremos decir:

- medicamentos recetados de Medicare Parte D;
- medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal Rx, y
- medicamentos y artículos cubiertos por nuestro plan, como beneficios adicionales.
- Debido a que es elegible para Medi-Cal, obtiene “Beneficio Adicional” de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos recetados de Medicare Parte D. Le enviaremos un anexo llamado “**Cláusula de la Evidencia de Cobertura para Quienes Reciben Beneficio Adicional para Pagar 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 este anexo, llame a Servicio a los Miembros y pida la “Cláusula LIS”.

Beneficio Adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con bajos ingresos y pocos recursos a reducir los costos del programa para medicamentos recetados de Medicare Parte D, tales como las primas, los deducibles y los copagos. El beneficio adicional también se denomina “Subsidio por Bajos Ingresos” o “LIS”.

Otros términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para miembros**.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Para obtener más información sobre medicamentos recetados, puede buscar en estos lugares:

- Nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos
 - La llamamos “Lista de Medicamentos”. En ella se indica:
 - qué medicamentos pagamos;
 - si hay algún límite en los medicamentos.
 - Si necesita una copia de nuestra Lista de Medicamentos, llame a Servicio a los Miembros. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra Lista de Medicamentos en nuestro sitio web en **kp.org/seniorrx**.
 - La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene en la farmacia están cubiertos por nuestro plan. Es posible que Medi-Cal Rx cubra otros medicamentos, tales como algunos de venta libre y determinadas vitaminas. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (**medi-calrx.dhcs.ca.gov/**) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273**. Traiga consigo su Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga sus medicamentos recetados mediante Medi-Cal Rx.

Capítulo 5 de esta Guía para miembros

- Le informa cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
- Incluye reglas que debe cumplir. También le informa qué tipos de medicamentos recetados no cubre nuestro plan.

Nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias

- En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
- El **Directorio de Proveedores y Farmacias** enumera las farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** para obtener más información sobre las farmacias que pertenecen a la red.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Capítulo 6 Índice

A. La Explicación de beneficios (EOB)	188
B. Cómo llevar un registro del costo de los medicamentos	189
C. Etapas de Pago de Medicamentos para medicamentos de Medicare Parte D	190
C1. Opciones de farmacia	191
C2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	192
C3. Lo que paga usted	192
D. Etapa 1: Etapa de Deducible Anual	193
E. Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial	194
E1. Opciones de farmacia	194
E2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	194
E3. Lo que paga usted	194
E4. Final de la Etapa de Cobertura Inicial	195
F. Etapa 3: Etapa de Intervalo en la Cobertura	196
G. Etapa 2: Etapa de cobertura para Catástrofes	196
H. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro que no sea suficiente para un mes	197
I. Asistencia con el costo compartido de los medicamentos recetados para personas que tienen VIH/SIDA	198
I1. El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)	198
I2. Si no está inscrito en ADAP	198
I3. Sí está inscrito en ADAP	198



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

J. Vacunas 199

 J1. Lo que necesita saber antes de vacunarse 199

 J2. Cuánto paga usted por una vacuna que está cubierta por
 Medicare Parte D 199



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

A. La Explicación de beneficios (EOB)

Nuestro plan mantiene un seguimiento de sus medicamentos recetados.

Mantenemos el seguimiento de dos clases de costos:

- Los **gastos de bolsillo**. Es la cantidad de dinero que usted u otros en su nombre pagan por sus medicamentos recetados.
- El **costo total de medicamentos**. Es la cantidad de dinero que usted u otros en su nombre pagan por sus medicamentos recetados, más la cantidad que pagamos nosotros.

Cuando recibe medicamentos recetados mediante nuestro plan, le enviamos un resumen llamado **Explicación de beneficios de la Parte D**. 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**. Para abreviar, la llamamos la EOB de la Parte D. La EOB de la Parte D contiene más información sobre los medicamentos que toma. La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información sobre el mes**. El resumen indica qué medicamentos recetados recibió. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos nosotros y lo que usted y otros pagaron por usted.
- **Información del año hasta la fecha**. Son sus costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1 de enero.
- **Información sobre el precio del medicamento**. Este es el precio total del medicamento y el cambio su porcentual desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con el profesional que expide las recetas para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos que se hagan por estos medicamentos no contarán en el total de los gastos de bolsillo.
- La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene en la farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al centro de servicio al cliente de Medi-Cal al **1-800-977-2273**. Traiga consigo su Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga sus medicamentos recetados mediante Medi-Cal Rx.
- Para averiguar qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra Lista de Medicamentos.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

B. Cómo llevar un registro del costo de los medicamentos

Para llevar un control de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted ha hecho, usamos registros que obtenemos de usted mismo y de las farmacias. Puede ayudarnos de la siguiente manera:

1. Use su tarjeta de identificación del plan.

Presente su tarjeta de identificación del Plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal cada vez que vaya a surtir una receta. Eso nos ayuda a saber qué recetas obtiene y cuánto paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos que pagó. Puede pedirnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde pagar del medicamento.

Estas son algunas situaciones en las que debe darnos copias de los recibos:

- 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 paga un copago por medicamentos que obtiene a través del programa de ayuda financiera para pacientes de un fabricante de medicamentos.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto.

Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para miembros**.

3. Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado en su nombre.

Los pagos que realizan otras personas o algunas organizaciones también se cuentan como gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos que realiza un programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA, el Servicio de Salud para la Población Indígena y la mayoría de las entidades de beneficencia cuentan como gastos de bolsillo. Esto puede ayudarlo a calificar para la cobertura para catástrofes.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

4. Revise las EOB que le enviamos.

Cuando reciba por correo una EOB de la Parte D, compruebe que esté completa y sea correcta. Si cree que hay un error, falta algo o si tiene alguna pregunta, 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 las EOB de la Parte D. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

C. Etapas de Pago de Medicamentos para medicamentos de Medicare Parte D

En nuestro plan hay cuatro etapas de pago para su cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D. El importe que pague dependerá de la etapa en la que se encuentre cuando le surtan o le vuelvan a surtir un medicamento recetado. Estas son las cuatro etapas si no reúne los requisitos para recibir un “Beneficio Adicional”:

Etapa 1: Etapa de Deducible Anual	Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial
<p>Durante esta etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> <p>Comienza en esta etapa de pago cuando surte su primera receta médica del año.</p>	<p>Una vez que pague su deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, nosotros pagamos parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga su parte. Su parte se llama coseguro.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que haya pagado una cantidad determinada de gastos de bolsillo. Una vez que llega al monto, avanza a la Etapa de Intervalo en la Cobertura.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Etapa 3: Etapa de Intervalo en la Cobertura	Etapa 4: Etapa de Cobertura para Catástrofes
<p>Durante la Etapa de Intervalo en la Cobertura, usted paga un coseguro por los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa por entrega) y por los genéricos.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que haya pagado una cantidad determinada de gastos de bolsillo. Una vez que llega al monto, avanza a la Etapa de Intervalo en la Cobertura.</p>	<p>En esta etapa, pagaremos la mayor parte del costo de sus medicamentos durante el resto del año calendario.</p>

C1. Opciones de farmacia

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

- una farmacia de la red, o
- una farmacia fuera de la red.

En contados concretos, cubrimos medicamentos recetados que se surtan en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** para saber en qué casos lo hacemos. Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo presentar una apelación si le informan que un medicamento no será cubierto.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** además del **Directorio** de Proveedores y **Farmacias**.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

C2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

En el caso de ciertos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro prolongado”) al surtir la receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro para un máximo *de* 100 días. Le cuesta lo mismo que un suministro para un mes.

Para conocer más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** además de nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

C3. Lo que paga usted

Durante la Etapa de Cobertura Inicial y la de intervalo en la Cobertura, su parte del costo de un medicamento cubierto será un coseguro.

La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene en la farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al centro de servicio al cliente de Medi-Cal al **1-800-977-2273**. Traiga consigo su Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga sus medicamentos recetados mediante Medi-Cal Rx.

Su parte del costo cuando recibe un suministro para un mes o a largo plazo de un medicamento recetado que está cubierto, desde:



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

	Una farmacia de la red	El servicio de pedidos por correo del plan	Una farmacia de la red en un centro de atención a largo plazo	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro de hasta 100 días	Un suministro de hasta 100 días	Un suministro de hasta 31 días	Un suministro de hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de esta Guía para miembros para conocer más detalles.
Costos compartidos	25 % de coseguro si no califica para recibir un Beneficio Adicional	25 % de coseguro si no califica para recibir un Beneficio Adicional	25 % de coseguro si no califica para recibir un Beneficio Adicional	25 % de coseguro si no califica para recibir un Beneficio Adicional

Para obtener información sobre qué farmacias pueden entregarle suministros a largo plazo, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias de nuestro plan**.

D. Etapa 1: Etapa de Deducible Anual

La mayoría de los miembros reciben “Beneficio Adicional” con los costos de medicamentos recetados; por ello, la Etapa de Deducible no se aplica en la mayoría. Si recibe “Beneficio Adicional” de Medicare, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Si no recibe “Beneficio Adicional”, la Etapa de Deducible será la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando usted surte su primer medicamento recetado del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, debe pagar por el costo completo de sus medicamentos hasta alcanzar el monto del deducible del plan, que es de **\$505** para 2023. El “costo completo” suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, dado que nuestro plan acordó costos inferiores para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red.

Una vez que haya pagado **\$505** por los medicamentos, usted abandona la Etapa de Deducible y pasa a la Etapa de Cobertura Inicial.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

E. Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, nosotros pagamos una parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte. Su parte se llama coseguro.

E1. Opciones de farmacia

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

- una farmacia de la red, o
- una farmacia fuera de la red.

En contados concretos, cubrimos medicamentos recetados que se surtan en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** para saber en qué casos lo hacemos.

Para conocer más acerca de estas opciones, consulte el **Capítulo 5** de la **Guía para miembros** y nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

E2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

En el caso de ciertos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro prolongado”) al surtir la receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro para un máximo de 100 días. Le cuesta lo mismo que un suministro para un mes.

Para conocer más detalles sobre dónde y cómo recibir un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** o el **Directorio de Proveedores y Farmacias** de nuestro plan.

E3. Lo que paga usted

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, es posible que deba pagar un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, pagará el precio más bajo.

Comuníquese con Servicio a los Miembros para averiguar de cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Su parte del costo cuando recibe un suministro para un mes o a largo plazo de un medicamento recetado que está cubierto, desde:

	Una farmacia de la red	El servicio de pedidos por correo del plan	Una farmacia de la red en un centro de atención a largo plazo	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro de hasta 100 días	Un suministro de hasta 100 días	Un suministro de hasta 31 días	Un suministro de hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de esta Guía para miembros para conocer más detalles.
Costos compartidos	25 % de coseguro si no califica para recibir un Beneficio Adicional	25 % de coseguro si no califica para recibir un Beneficio Adicional	25 % de coseguro si no califica para recibir un Beneficio Adicional	25 % de coseguro si no califica para recibir un Beneficio Adicional

Para obtener información sobre qué farmacias pueden entregarle suministros a largo plazo, consulte nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

E4. Final de la Etapa de Cobertura Inicial

La Etapa de Cobertura Inicial finaliza cuando el total de sus gastos de bolsillo por medicamentos alcanza **\$4,660**. En ese momento, comienza la Etapa de Intervalo en la Cobertura.

La Explicación de Beneficios (EOB) lo ayuda a hacer un seguimiento de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le avisaremos si llega al límite de **\$4,660**. Muchas personas no lo alcanzan en un año.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

F. Etapa 3: 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. Si no reúne los requisitos para recibir “Beneficios Adicionales”, deberá pagar el **25%** del precio negociado y una parte de la tarifa por entrega de **medicamentos de marca**. Tanto el monto que paga como el monto descontado por el fabricante se toman en cuenta en el cálculo de los gastos de bolsillo como si los hubiera pagado y lo hacen avanzar por el intervalo en la cobertura.

También recibe algo de cobertura para los medicamentos genéricos. Si no reúne los requisitos para recibir “Beneficios Adicionales”, no paga más del **25%** del costo de los **medicamentos genéricos** y nosotros pagamos el resto. Solo el monto que usted paga cuenta y lo hace avanzar en el intervalo en la cobertura.

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.

G. Etapa 2: Etapa de cobertura para Catástrofes

Cuando alcanza el límite de gastos de bolsillo de \$7,400 por sus medicamentos recetados, comienza la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Permanecerá en la Etapa de Cobertura para Catástrofes hasta el final del año calendario.

En esta etapa, el plan pagará la mayoría de los costos de sus medicamentos. Si no reúne los requisitos para recibir “Beneficios Adicionales”, deberá pagar lo siguiente:

- Su parte del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, lo que sea mayor:
 - ya sea un coseguro del **5%** del costo del medicamento, o
 - **\$4.15** por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como un genérico, y **\$10.35** por el resto de los medicamentos.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

H. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro que no sea suficiente para un mes

Por lo general, usted debe pagar un copago para cubrir el suministro para todo un mes de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetar un suministro de medicamento que alcance para menos de un mes.

- Es posible que haya ocasiones en las que quiera pedirle a su médico que le recete un suministro para menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando esté probando un medicamento por primera vez que se sabe que tiene efectos secundarios graves).
- Si su médico está de acuerdo, usted no pagará el suministro mensual completo de ciertos medicamentos.

Cuando obtiene el suministro de un medicamento para menos de un mes, la cantidad que paga depende de la cantidad de días del medicamento que recibe. Calculamos el monto que pagará por día por su medicamento (la “tarifa diaria del costo compartido”) y la multiplicamos por la cantidad de días que requerirá el medicamento que reciba.

- El siguiente es un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento por un suministro de 1 mes completo (un suministro de 30 días) es de \$1.35. Esto significa que el monto que paga al día por su medicamento es menos de \$0.05. Si obtiene un suministro del medicamento para 7 días, su pago es menos de \$.05 por día multiplicado por 7 días, para un pago total menor que \$0.35.
- El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de tener que pagar por el suministro para un mes completo.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete el suministro de medicamento para menos de un mes completo, con el fin de ayudarlo a:
 - planificar mejor cuándo volver a surtir sus medicamentos;
 - coordinar los resurtidos con los de otros medicamentos que toma, **y**
 - hacer menos viajes a la farmacia.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

I. Asistencia con el costo compartido de los medicamentos recetados para personas que tienen VIH/SIDA

I1. El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles que viven con el VIH/SIDA a acceder a medicamentos que salvan vidas. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D para pacientes ambulatorios que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de los medicamentos recetados a través de la Oficina del SIDA del Departamento de Salud Pública de California, para las personas inscritas en el ADAP.

I2. Si no está inscrito en ADAP

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050 o consulte el sitio web de ADAP en www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

I3. Si está inscrito en ADAP

ADAP puede seguir proveyendo a sus clientes la asistencia de costos compartidos para medicamentos recetados de Medicare Parte D en la Lista de medicamentos recetados disponibles de ADAP. Para estar seguro de que continuará recibiendo esta asistencia, informe a su representante local de inscripción al ADAP cualquier cambio que se produzca en el nombre del plan o el número de póliza de Medicare Parte D. Si necesita ayuda para encontrar el lugar de inscripción a ADAP más cercano o al representante de inscripción, llame al **1-844-421-7050** o visite el sitio web mencionado.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

J. Vacunas

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. Nuestra cobertura de vacunas de Medicare Parte D tiene dos partes:

1. La primera parte de la cobertura es el costo de la vacuna. La vacuna es un medicamento recetado.
2. La segunda parte de la cobertura es por el costo de **aplicación de la vacuna**. Por ejemplo, en ocasiones puede recibir la vacuna como una inyección que le administra su médico.

J1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame a Servicio a los Miembros si planea vacunarse.

- Le informaremos qué tipo de cobertura tendrá la vacuna según nuestro plan y qué parte del costo deberá pagar.
- Podemos decirle cómo ahorrar dinero si usa los proveedores y las farmacias de la red.
- Si no puede usar un proveedor y una farmacia de la red, podemos informarle lo que debe hacer para pedirnos que le devolvamos la parte que nos corresponde del costo.

J2. Cuánto paga usted por una vacuna que está cubierta por Medicare Parte D

Lo que paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (contra qué lo vacunan).

- Algunas vacunas se consideran beneficios para la salud, en lugar de medicamentos. Esas vacunas están cubiertas sin costo alguno para usted. Para conocer más sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Cuadro de Beneficios que se encuentra en el **Capítulo 4** de esta **Guía para miembros**.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Parte D. Puede encontrar las vacunas en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Quizás deba pagar un coseguro por las vacunas de Medicare Parte D.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Estas son tres formas comunes en las que puede obtener una vacuna de Medicare Parte D.

1. Recibe la vacuna de Medicare Parte D y su inyección en una farmacia de la red.
 - Usted paga un copago por la vacuna.
 - Nuestro plan pagará el resto de los costos.
2. Recibe la vacuna de Medicare Parte D en el consultorio de su médico, y él le aplica la inyección.
 - Cuando obtenga la vacuna, pagará el costo total tanto de la vacuna como de la administración de la vacuna por parte del proveedor.
 - Puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el **Capítulo 7** de esta **Guía para miembros**.
 - Se le reembolsará el monto que pagó menos su coseguro o copago normal por la vacuna (incluida su aplicación).
3. Obtiene la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que le administre la inyección.
 - Usted deberá pagar a la farmacia un coseguro o copago por la vacuna misma.
 - Cuando el médico le suministra la vacuna, usted paga el costo total de este servicio. Puede solicitararnos que le reembolsemos nuestra parte del costo, mediante los procedimientos que se describen en el **Capítulo 7** de esta **Guía para miembros**.
 - Se le reembolsará el monto que le cobró el médico por la administración de la vacuna.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También le indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para miembros**.

Capítulo 7 Índice

A. Cómo pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos	202
B. Cómo enviarnos una solicitud de pago	205
C. Decisiones sobre la cobertura.....	206
D. Apelaciones	207



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

A. Cómo pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos

Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos, no la pague y envíenosla. Para enviarnos una factura consulte la **Sección B**. Para enviarnos una factura consulte la **Sección B**.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó más de su parte del costo, es su derecho recibir un reembolso.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio a los Miembros. Si no sabe cuánto debería haber pagado o si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamarnos para darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

A continuación, se presentan ejemplos de situaciones en las que quizás necesite pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que haya recibido:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de manos de un profesional fuera de la red, consulte el Capítulo 3, Sección D4.

Pídale al proveedor que haga la factura a nuestro nombre.

- Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- Quizás reciba una factura del proveedor para que pague algo que usted considera que no corresponde. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
 - Si el pago corresponde, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya pagó más de su parte del costo por el servicio, deduciremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.
- Consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** para obtener más información sobre farmacias fuera de la red.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben enviarnos las facturas. Presente su tarjeta de identificación del plan cuando necesite recibir algún servicio o medicamentos recetados. La facturación incorrecta o inapropiada es aquella en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura por los servicios más que nuestro monto de costo compartido. **Si recibe alguna factura, llame a Servicio a los Miembros. No pague la factura.**

- Como miembro del plan, solo paga el copago cuando obtiene los servicios que cubrimos. No permitimos que los proveedores le facturen más de esa cantidad. Esto es así aun en el caso de que al proveedor le paguemos menos de lo que cobró por un servicio. Incluso si decidimos no pagar algunos cargos, usted no debe pagarlos.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red y considere que es por un monto mayor del que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos encargaremos del problema de facturación.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le devolveremos la diferencia entre el importe que haya pagado y el importe que debía pagar, de acuerdo con nuestro plan.

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

Si usa una farmacia fuera de la red, usted paga el costo total de su medicamento recetado.

- Solo en pocos casos cubrimos recetas médicas que se surtan en farmacias que no pertenecen a la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos pida que le reintegremos el dinero correspondiente a nuestra parte del costo.
- Consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** para obtener más información sobre farmacias fuera de la red.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

4. Cuando pague el costo total de una receta médica porque no tiene consigo la tarjeta de membresía del plan

Si no tiene consigo su tarjeta de membresía del plan, puede pedir a la farmacia que nos llame o que busque su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede conseguir la información inmediatamente, quizás deba pagar usted mismo el costo total del medicamento o bien, regresar a la farmacia con su tarjeta de identificación.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos pida que le reintegremos el dinero correspondiente a nuestra parte del costo.

5. Cuando paga el costo total de la receta por un medicamento que no está cubierto

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

- Quizás el medicamento no esté en nuestra **Lista de Medicamentos Cubiertos** (Lista de Medicamentos), en nuestro sitio web, o quizás tenga un requerimiento o restricción de la que usted no sepa o no crea que le corresponde. Si decide comprar el medicamento, quizás deba pagar el costo total.
 - Si usted no paga el medicamento pero considera que nosotros deberíamos cubrirlo, puede pedir una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**).
 - Si usted o su médico u otro profesional que emite recetas consideran que necesita el medicamento de inmediato, puede pedir que tomemos una decisión respecto de su cobertura (consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le devolvamos el pago. En ciertos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico o profesional que expide recetas para poder devolverle la parte que nos corresponde del costo del medicamento.

Si envía una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si cubriremos el servicio o el medicamento. A esto se le llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o medicamento debe estar cubierto, pagaremos nuestra parte del *costo*.

Si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Para aprender cómo hacer apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

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 a más tardar en un plazo de 12 meses (reclamos médicos de la Parte C) y en no más de 36 meses (reclamos de medicamentos de la Parte D) después de la fecha en que recibió el servicio.**

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información necesaria para que tomemos una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamos para solicitar el pago. 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 Reclamos 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 Reclamos 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.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas o recibos, a esta dirección:

- Envíe su solicitud de pago de atención médica por correo, junto con cualquier factura o recibo pago a la siguiente dirección:

Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 12923
Oakland, CA 94604-2923

Si solicita el pago de un medicamento de la Parte D que haya recetado un proveedor de la red y que haya obtenido en una farmacia de la red, escriba a la dirección que aparece a continuación. Para todas las demás solicitudes de la Parte D, envíe su solicitud a la dirección anterior.

Kaiser Permanente
Medicare Part D Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio a los Miembros. Si no sabe cuánto debería haber pagado o recibe facturas y no está seguro de qué debe hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamarnos para darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

C. Decisiones sobre la cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión respecto a la cobertura. Es decir, decidimos si su plan cubrirá el servicio, artículo o medicamento. También decidimos la cantidad de dinero, si la hay, que debe pagar usted.

- Le informaremos si necesitamos más información suya.
- Si decidimos que el plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted cumplió con todas las normas para recibirlo, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos un cheque por nuestra parte del costo. Si no ha pagado, le pagaremos directamente al proveedor.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

El **Capítulo 3** de esta **Guía para miembros** detalla las normas para que los servicios sean cubiertos. El **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** detalla las normas para que se cubran los medicamentos recetados de Medicare Parte D.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también explica su derecho de presentar una apelación.
- Para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**.

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se llama “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la cantidad que pagamos.

El proceso de apelación formal tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.

- Para presentar una apelación con el fin de recibir un reembolso por un servicio de atención médica, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación y recibir el reembolso de un medicamento, consulte la **Sección G**.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo se mencionan sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para miembros**.

Capítulo 8 Índice

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades	210
B. Nuestra responsabilidad para que tenga un acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	211
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica protegida (PHI).....	213
C1. Cómo protegemos la PHI	214
C2. Su derecho a ver su propia historia clínica	215
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información	215
E. Imposibilidad para los proveedores de la red para facturarle directamente a usted	216
F. Su derecho a abandonar nuestro plan	216
G. Su derecho a tomar decisiones con respecto a su atención médica	217
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones	217
G2. Su derecho a informar lo que desea que pase	218
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones	219



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

H. Su derecho a presentar quejas informales y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones 219

 H1. Qué hacer con respecto a un trato injusto o para obtener más información acerca de sus derechos..... 219

I. Información sobre evaluaciones de nuevas tecnologías 220

J. Usted puede hacer sugerencias sobre derechos y responsabilidades 220

K. Sus responsabilidades como miembro del plan 220



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos los** servicios se le brindan de una manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle, de manera que pueda entender, sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicio a los Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Además, nuestro plan puede entregarle materiales en otros idiomas y en formatos como letra grande, braille, o audio. Para obtener materiales en alguno de estos formatos alternativos, llame o escriba a Servicio a los Miembros (consulte el **Capítulo 2**). Comuníquese con Servicio a los Miembros para:
 - pedir el idioma que prefiere además de inglés u otro formato;
 - mantener su información como una solicitud abierta, para que sea considerada en las futuras listas de correo y comunicaciones, **y**
 - cambiar una solicitud abierta por un idioma preferido o formato.

Si tiene problemas para obtener información sobre nuestro plan debido al idioma o a una discapacidad y desea presentar una queja, llame al:

- Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019**. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-537-7697**.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al **1-916-440-7370**. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

B. Nuestra responsabilidad para que tenga un acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Encontrará más información sobre cuáles proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de esta **Guía para miembros**.
 - Llame a Servicio a los Miembros o busque en el **Directorio de Proveedores y Farmacias** para obtener más información sobre proveedores de la red y sobre cuáles médicos aceptan nuevos pacientes.
- Las mujeres tienen derecho a un especialista en salud de la mujer sin necesitar una referencia, como también a otros proveedores, como se describe en el **Capítulo 3** de esta **Guía para miembros**. Una referencia es la aprobación de su PCP para usar un proveedor que no es su PCP.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicio oportunamente de parte de especialistas.
 - Si no puede obtener los servicios dentro de un plazo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención que se necesita con urgencia, sin aprobación previa.
- Tiene el derecho de que se le surtan sus recetas médicas en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin retrasos prolongados.
- Tiene derecho a saber cuándo puede usar un proveedor fuera de la red. Para conocer más acerca de proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de esta **Guía para miembros**.
- Cuando se une a nuestro plan, tiene derecho a conservar sus proveedores y autorizaciones de servicio actuales hasta por 12 meses, si se cumplen ciertas condiciones. Para obtener más información sobre cómo mantener sus proveedores y autorizaciones de servicios, consulte el **Capítulo 1** de esta **Guía para miembros**.
- Tiene derecho a tomar sus propias decisiones respecto de la atención médica, con ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

- Usted tiene derecho a:
 - Recibir un trato respetuoso y digno, con la debida consideración a su derecho de privacidad y la necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica.
 - Recibir información acerca del plan y sus servicios, inclusive los servicios cubiertos, los proveedores de la red y los derechos y las responsabilidades como miembro.
 - Poder elegir un proveedor de atención primaria dentro de nuestra red.
 - Conocer los nombres de las personas que le proporcionan atención y la clase de capacitación que tienen.
 - Recibir atención en un lugar que sea seguro, limpio y accesible.
 - Obtener una segunda opinión de un médico de la red en cualquier momento.
 - Dar a conocer sus quejas, tanto en forma verbal como por escrito, sobre la organización o la atención que recibió.
 - Obtener la coordinación de atención.
 - Solicitar una apelación de las decisiones que deniegan, difieren o limitan los servicios o beneficios.
 - Tener a disposición un servicio de interpretación en su idioma, sin costo.
 - Recibir ayuda legal sin costo en su oficina de ayuda legal local o en otros grupos.
 - Formular instrucciones anticipadas para la atención médica.
 - Pedir una Audiencia Estatal, si se le niega un servicio o beneficio. Puede pedir una Audiencia Estatal si ya nos ha presentado una apelación y no está conforme con la decisión. También puede pedir una Audiencia Estatal si no ha recibido una decisión en el plazo de 30 días de presentada la apelación. Esto incluye información acerca de las circunstancias en las que es posible una audiencia acelerada.
 - Tener acceso, cuando corresponda legalmente, a recibir copias de su historia clínica, modificarla o corregirla.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

- Para obtener sin costo información para miembros por escrito en formatos como braille, impresión con letras grandes, audio y formatos electrónicos accesibles, previo pedido y oportunamente según el formato que se solicite y de acuerdo con la Sección 14182 (b)(12) del Código de Bienestar e Instituciones.
- No sufrir ninguna restricción ni aislamiento que se use como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Tratar información certera sobre las opciones de tratamiento disponibles y sus alternativas, presentadas de modo adecuado según su afección y capacidad de comprensión, sin que importe el costo o la cobertura.
- Recibir una copia de su historia clínica y pedir que se modifique o corrija conforme a lo especificado en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR) §164.524 y 164.526.
- Tener la libertad de ejercer estos derechos sin afectar adversamente cómo lo tratan en Kaiser Permanente, los proveedores o el Estado.
- Tener acceso a servicios de planificación familiar, Centros de Partos Independientes, Centros de Salud con Calificación Federal, Centros del Servicio de Salud para la Población Indígena, servicios de parteras, Centros de Salud Rural, servicios de enfermedades de transmisión sexual y Servicios de Emergencia fuera de nuestra red y de conformidad con la ley federal.

El **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros** le indica qué puede hacer si no recibe los servicios o los medicamentos en un plazo razonable. Además, dice qué puede hacer si le negamos cobertura de servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica protegida (PHI)

Protegemos su información personal de salud (PHI) según lo exigen las leyes federales y estatales.

- La PHI incluye información que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye su historia clínica y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos sobre su información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le entregamos una notificación por escrito que le informa estos derechos y le explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se denomina “Aviso sobre Prácticas de Privacidad”.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

- Quienes den su consentimiento para recibir servicios sensibles no necesitan obtener ninguna otra autorización de parte del miembro para recibir dichos servicios ni para enviar un reclamo por servicios sensibles. Kaiser Permanente enviará las comunicaciones sobre servicios sensibles a la dirección postal alternativa que haya indicado el miembro, o a una dirección de correo electrónico o número telefónico, si no hubiese una designación, en nombre del miembro a la dirección o al número de teléfono que figura en los registros. Kaiser Permanente no divulgará información médica que este relacionada con servicios sensibles de ningún otro miembro sin conseguir una autorización escrita del miembro que recibe la atención. Kaiser Permanente atenderá las solicitudes de comunicación confidencial en la forma y el formato que se haya solicitado, si es que puede hacerse oportunamente en la forma y el formato solicitados, o en lugares alternativos. La solicitud del miembro de mantener comunicaciones confidenciales con respecto a los servicios sensibles será válida hasta que el miembro retire la solicitud o envíe una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.
- Los miembros pueden solicitar comunicación confidencial completando un formulario de solicitud de comunicación confidencial, que está disponible en kp.org en “Solicitud de formularios de comunicaciones confidenciales”.

C1. Cómo protegemos la PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización tenga acceso a sus expedientes o los modifique.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no proporcionamos la PHI a ninguna persona que no le brinde atención o que no pague por su atención. Si lo hacemos, antes debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede dar su autorización por escrito.

A veces no necesitamos obtener su permiso por escrito primero. Estas excepciones se permiten o se exigen de conformidad con las leyes:

- Debemos divulgar PHI a los organismos gubernamentales que controlan la calidad de atención de nuestro plan.
- Debemos divulgar la PHI por orden judicial.
- Debemos darle a Medicare su PHI. Si Medicare divulga su PHI para investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales.
- Podemos usar o dejar que otros vean su PHI para el cuidado, la investigación médica, el pago u operaciones de atención de la salud, como para la investigación o la medición de la calidad de la atención y los servicios. Además, por ley, es posible que tengamos que proporcionar su PHI al gobierno o en procesos legales.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

C2. Su derecho a ver su propia historia clínica

- Usted tiene el derecho a ver su historia clínica y a recibir una copia de sus registros.
- Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos su historia clínica. Si nos pide que lo hagamos, colaboraremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben hacerse.
- Tiene derecho a saber si y cómo compartimos su PHI con otros.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicio a los Miembros.

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a que le enviemos información sobre el plan, nuestra red de proveedores y los servicios cubiertos.

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder a las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para pedir un intérprete, llame a Servicio a los Miembros. El servicio es gratuito para usted. Puede solicitar este documento en chino, español, tagalog y vietnamita llamando a Servicio a los Miembros. También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio.

Si desea información sobre cualquiera de las siguientes opciones, llame a Servicio a los Miembros:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, que incluye:
 - información financiera;
 - cómo nos han calificado otros miembros del plan;
 - la cantidad de apelaciones que han presentado los miembros;
 - cómo abandonar nuestro plan.
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluyen:
 - cómo elegir o cambiar de proveedores de atención primaria;
 - especialidades de los proveedores y farmacias de nuestra red;
 - cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

- Servicios y medicamentos cubiertos y sobre las reglas que debe seguir, que incluyen:
 - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de esta **Guía para miembros**) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de esta **Guía para miembros**) que cubre nuestro plan;
 - límites a las coberturas y medicamentos;
 - reglas con las que debe cumplir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos.
- Por qué algunas cosas no están cubiertas y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**), incluso, puede pedirnos que:
 - pongamos por escrito por qué algo no está cubierto;
 - cambiemos una decisión que hayamos tomado;
 - paguemos una factura que usted ha recibido.

E. Imposibilidad para los proveedores de la red para facturarle directamente a usted

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarlo a pagar los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle a usted el saldo ni cobrarle a usted si nosotros pagamos menos del monto que el proveedor haya cobrado. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle a usted por servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para miembros**.

F. Su derecho a abandonar nuestro plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no lo desea.

- Tiene derecho a obtener la mayoría de sus servicios de atención médica a través de Medicare Original u otro plan Medicare Advantage.
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte D de un plan de medicamentos recetados o de otro plan Medicare Advantage.
- Consulte el Capítulo 10 de esta Guía para miembros:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de medicamentos recetados o Medicare Advantage.
 - Para obtener información sobre cómo obtendrá sus beneficios de Medi-Cal si



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

deja nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones con respecto a su atención médica

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores para ayudarlo a tomar decisiones sobre su atención médica.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones

Los proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de tal manera que usted pueda comprenderlas. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre distintas opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen acerca de todos los riesgos relacionados. Debemos informarle con antelación si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Buscar una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidir el tratamiento.
- **Decir que 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. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda.
- **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor negó la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor se niega a proporcionarle atención que usted cree que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que negamos o que generalmente no cubrimos.** Esto es lo que se conoce como una decisión de cobertura. En el Capítulo 9 de esta Guía para miembros, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

G2. Su derecho a informar lo que desea que pase

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas. Antes de que eso le suceda, puede hacer lo siguiente:

- Rellenar un formulario escrito que le otorgue a alguien el derecho de tomar decisiones de atención médica por usted.
- Dar a sus médicos instrucciones por escrito sobre cómo desea que gestionen su atención médica si algún día no puede tomar decisiones usted mismo, además de incluir aquella atención que no desea recibir.
- El documento legal que utiliza para dar sus instrucciones se llama “instrucción anticipada”. Hay diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder notarial para la atención médica.

No está obligado a tener instrucciones anticipadas, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar instrucciones anticipadas:

- **Obtener el formulario.** También le pueden facilitar el formulario su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las farmacias y los consultorios médicos a menudo tienen los formularios. También puede encontrarlo en línea y descargarlo gratis. Además, puede comunicarse con Servicio a los Miembros para solicitar el formulario.
- **Llenar y firmar el formulario.** El formulario es un documento legal. Debe considerar la posibilidad de que un abogado u otra persona de su confianza, como un familiar o su PCP, lo ayuden a completarlo.
- **Entregar copias a las personas que necesitan estar enteradas.** Debe entregarle una copia del formulario a su médico. También debe darle una copia a la persona que nombre para tomar decisiones por usted. Se aconseja entregar copias a algunos amigos cercanos o familiares. Conservar una copia en su casa.
- Si lo van a hospitalizar y ya firmó instrucciones anticipadas, **lleve una copia al hospital.**
 - En el hospital le preguntarán si ya firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva.
 - Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, en el hospital, habrá formularios disponibles y, cuando llegue, le preguntarán si desea firmar uno.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Hacer que sus instrucciones anticipadas se incluyan en su historia clínica.
- Cambiar o cancelar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento.
- Informarse sobre los cambios en las leyes de instrucciones anticipadas. Nuestro plan le informará si hay cambios en la ley estatal dentro de los 90 días de realizado dicho cambio.
- Tener instrucciones anticipadas es **su** decisión. Comuníquese a Servicio a los Miembros para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó instrucciones anticipadas y considera que un médico u hospital no siguió las instrucciones, puede presentar un reclamo a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que se menciona en el **Capítulo 2, Sección F** de esta **Guía para miembros**.

H. Su derecho a presentar quejas informales y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

En el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros** se le indica qué puede hacer si tiene problemas o inquietudes acerca de su atención o servicios cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, que tenga que presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o que precise presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros miembros del plan hayan presentado contra nosotros. Llame a Servicio a los Miembros para obtener esa información.

H1. Qué hacer con respecto a un trato injusto o para obtener más información acerca de sus derechos

Si cree que ha sido tratado injustamente y **no** se trata de discriminación por los motivos expuestos en el **Capítulo 11** de esta **Guía para miembros**; o si desea más información sobre sus derechos, puede llamar:

- Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711.** El Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al **1-800-434-0222**. Para obtener más detalles sobre el HICAP, consulte el Capítulo 2, Sección E de esta **Guía para miembros**.
- El Programa Ombuds al **1-888-452-8609**. Para obtener más detalles sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de esta **Guía para miembros**.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

- El programa de Defensoría General de los Derechos del Paciente del Departamento de Servicios de Atención de la Salud (DHCS) al **1-888-452-8609**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
- 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**. (También puede leer o descargar “Medicare Rights & Protections”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en **www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf**).

I. 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.

J. 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, llame a Servicio a los Miembros.

K. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros.

- **Lea la *Guía para miembros*** para saber qué cubre nuestro plan y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre lo siguiente:
 - Para sus servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de esta **Guía para miembros**. Esos capítulos le informan qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y cuánto paga.
 - Para sus medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de esta **Guía para miembros**.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos recetados** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicio a los Miembros si tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica** que es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación del plan cuando obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de atención médica para que le brinden la mejor atención.
 - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Debe seguir las instrucciones y los planes de tratamiento que acordó con sus proveedores.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores estén al tanto de todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos recetados y de venta sin receta, vitaminas y suplementos.
 - Haga cualquier pregunta que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Trabaje con su coordinador de atención**, como completar una valoración de riesgo para la salud anual.
- **Sea considerado.** Se espera que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También se espera que se comporte con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y con otros proveedores.
- **Infórmenos sobre cualquier servicio que reciba fuera de nuestro plan.**
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de pagar lo siguiente:
 - Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros del plan, Medi-Cal paga la prima de la Parte A y la prima de la Parte B.
 - Para algunos de sus servicios y apoyos a largo plazo o medicamentos que nuestro plan cubre, debe pagar el porcentaje del costo que le corresponde cuando recibe el servicio o medicamento.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

- **Díganos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a Servicio a los Miembros.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá seguir en este plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. En el **Capítulo 1** de esta **Guía para miembros** encontrará información sobre su área de servicio.
 - Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante un periodo de inscripción especial, puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare en su nueva ubicación. Podemos decirle si tenemos un plan en su nueva área.
 - Informe a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de esta **Guía para miembros** para obtener los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
 - **Si se muda y permanece en nuestra área de servicio, igualmente necesitaremos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Infórmenos si tiene un número de teléfono nuevo** o una mejor manera de contactarlo.
- Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicio a los Miembros.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Capítulo 9. Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales)

Introducción

En este capítulo se incluye información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- tiene un problema o una queja sobre su plan;
- necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan dijo que no pagará;
- no está de acuerdo con una decisión que tomó su plan sobre su atención;
- cree que sus servicios cubiertos terminan demasiado pronto;
- tiene un problema o una queja con respecto a sus servicios y apoyos a largo plazo, que incluyen Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS) y servicios en centros de enfermería (NF).

Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar lo que está buscando con facilidad. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que se apliquen a su situación.**

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte de su plan de atención. **Si tiene un problema con su atención, puede llamar al Programa Ombuds al 1-888-452-8609 para obtener ayuda.** En este capítulo se explican las diferentes opciones que tiene para los diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Programa Ombuds para ayudarlo con su problema. Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y maneras de contactarlos, consulte el **Capítulo 2** de esta **Guía para miembros.**



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Capítulo 9 Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud	227
A1. Información sobre los términos legales.....	227
B. Dónde obtener ayuda.....	227
B1. Cómo obtener más información y ayuda	227
B2. Ayuda del Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico.....	228
B3. Ayuda de Health Consumer Alliance	228
B4. Ayuda e información de Medicare.....	228
B5. Ayuda e información de Medi-Cal	228
B6. Ayuda del Departamento de Servicios de Atención para la Salud de California.....	228
B7. Ayuda del Departamento de Atención Administrada de la Salud de California	229
C. Comprensión de las quejas informales y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan	229
D. Problemas con sus beneficios	230
E. Decisiones sobre la cobertura y apelaciones	231
E1. Decisiones sobre la cobertura.....	231
E2. Apelaciones	231
E3. Ayuda con decisiones sobre la cobertura y apelaciones	232
E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle	233



F. Atención médica.....	234
F1. Cómo usar esta sección.....	234
F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura	235
F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	238
F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2	241
F5. Problemas de pago	249
G. Medicamentos recetados de Medicare Parte D	251
G1. Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D	251
G2. Excepciones de la Parte D	253
G3. Cosas importantes que debe saber sobre las solicitud de una excepción	254
Su médico u otro profesional que emita recetas debe informarnos las razones médicas.	254
Podemos responder Sí o No a su solicitud	254
G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	254
G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	257
G6. Cómo presentar una apelación de Nivel 2.....	260
H. Solicitud de cobertura de una hospitalización más larga	262
H1. Aprendizaje sobre sus derechos de Medicare	263
H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	264
H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2	267
H4. Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1	268
H5. Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2.....	269



I. Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos.....	270
I1. Notificación anticipada antes de que su cobertura finalice	270
I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	271
I3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2	274
I4. Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1	275
I5. Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2	276
J. Cómo presentar una apelación superior al Nivel 2	277
J1. Próximos pasos para servicios y artículos de Medicare	277
J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal.....	278
J3. Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de solicitudes de medicamentos de la Parte D	279
K. Cómo presentar una queja.....	280
K1. Qué tipos de problemas deben ser quejas	280
K2. Quejas informales internas	282
K3. Quejas informales externas	283



A. Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explica cómo manejar los problemas y las inquietudes. El proceso que utilice depende del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas**, también denominadas quejas formales.

Para garantizar la equidad y la rapidez, cada proceso tiene reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

A1. Información sobre los términos legales

Hay términos legales en este capítulo para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que usamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. Usamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

- “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”;
- “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”;
- “decisión rápida de cobertura” en lugar de “determinación acelerada”;
- “Organización de Revisión independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por lo que también se los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Cómo obtener más información y ayuda

A veces, es difícil iniciar o seguir un proceso para solucionar un problema, en especial si no se siente bien o tiene un nivel limitado de energía. En otras ocasiones, es posible que simplemente no tenga la información necesaria para seguir adelante.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

B2. Ayuda del Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico

Puede llamar al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP). Los consejeros del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer con su problema. El HICAP no está afiliado a nosotros, a ninguna compañía de seguros ni a un plan de salud. El HICAP tiene consejeros capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es **1-800-434-0222**.

B3. Ayuda de Health Consumer Alliance

Puede llamar a Health Consumer Alliance y hablar con un defensor sobre sus preguntas de cobertura de salud. Ofrecen ayuda legal gratuita. Health Consumer Alliance no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Su número de teléfono es **1-888-804-3536** y su página web es **www.healthconsumer.org**.

B4. Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Hay dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llame 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**.
- Visite el sitio web de Medicare (**www.medicare.gov**).

B5. Ayuda e información de Medi-Cal

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medi-Cal, puede contactar a la oficina local de salud y servicios humanos del condado en **http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx**.

También puede llamar a Opciones de Atención Médica al **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077** o al **711**).

B6. Ayuda del Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California.

El Defensor General de los Derechos de Atención Médica Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención de la Salud (DHCS) de California puede ayudar. Ellos lo pueden ayudar si tiene problemas para unirse a un plan de salud, cambiarlo o cancelarlo. También pueden ayudar si cambió su lugar de residencia y tiene dificultades para que Medi-Cal lo transfiera al nuevo condado. Puede comunicarse con el defensor general de los derechos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1-888-452-8609**.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

B7. Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California

Comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada para obtener ayuda gratuita. El DMHC es responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones sobre los servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es **1-888-466-2219**. Las personas sordas, con dificultades de audición o de lenguaje pueden utilizar el número TDD sin costo **1-877-688-9891**.

C. Comprensión de las quejas informales y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan

Tiene Medicare y Medi-Cal. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medi-Cal. Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare y Medi-Cal.

A veces, los procesos de Medicare y Medi-Cal no pueden combinarse. En esas situaciones, utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Medi-Cal. En la **Sección F4** se explican estas situaciones.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La siguiente tabla le ayuda a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas.

¿Se relaciona su problema o inquietud con los beneficios o con la cobertura?	
Aquí se incluyen problemas como, por ejemplo, si un servicio de atención médica o medicamento recetado en particular tiene cobertura o no, el tipo de cobertura que tiene y los problemas sobre el pago de la atención médica y los medicamentos recetados.	
<p>Sí.</p> <p>Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección E, “Apelaciones y decisiones de cobertura”.</p>	<p>No,</p> <p>mi problema no se relaciona con los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección K, “Cómo presentar una queja”.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

E. Decisiones sobre la cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación se ocupa de problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. También incluye problemas con el pago.

E1. Decisiones sobre la cobertura

Una decisión de 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. También estamos tomando una decisión de cobertura cuando determinamos qué tiene cobertura para usted y cuánto pagamos nosotros. 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 de 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 de 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.

En algunos casos podríamos decidir que un servicio o medicamento no tiene cobertura o que Medicare o Medi-Cal ya no lo cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura 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.

Cuando presenta una apelación por primera vez, eso se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisaremos la decisión que tomamos sobre la cobertura para verificar si se siguieron todas las normas correctamente. Revisores distintos a los que tomaron la decisión original desfavorable evaluarán su apelación.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

En la mayoría de los casos, debe comenzar su apelación en el Nivel 1. Si no desea apelar primero al plan por un servicio de Medi-Cal, si su problema de salud es urgente o implica una amenaza inmediata o grave a su salud, o si tiene un dolor intenso y necesita una decisión inmediata, puede solicitar una revisión médica independiente del Departamento de Atención Médica Administrada en www.dmhc.ca.gov. Consulte la sección “Quejas y Revisiones Médicas Independientes (“IMR”) ante el Departamento de Atención Médica Administrada” más adelante en este capítulo para obtener más información.

Cuando completemos la revisión, le damos a conocer nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, puede solicitar una “decisión rápida de cobertura” o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si respondemos que **No** a toda o a parte de su Apelación de Nivel 1, puede pasar a la Apelación de Nivel 2. Una Organización de Revisión Independiente sin relación con nosotros lleva a cabo la Apelación de Nivel 2.

- En algunas situaciones, su caso se **envía automáticamente** a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo informamos.
- En otras situaciones, **tiene que solicitar** una Apelación de Nivel 2.
- Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre Apelaciones de Nivel 2.

Si está en desacuerdo con la decisión de la Apelación de Nivel 2, podría continuar presentando otros niveles de apelaciones.

E3. Ayuda con decisiones sobre la cobertura y apelaciones

Puede pedir ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **Servicio a los Miembros** a los números que figuran al final de la página.
- Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222.
- **El Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)** para obtener ayuda gratuita. El DMHC es responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones sobre los servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es **1-888-466-2219**. Las personas sordas, con dificultades de audición o de lenguaje pueden utilizar el número TDD sin costo, **1-877-688-9891**.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o apelar en su nombre.
- **Un amigo o familiar.** Puede nombrar a otra persona como su “representante” para que solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **Un abogado.** Tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su abogado o busque uno en el colegio local de abogados o a través de otro servicio de referidos. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos.
 - Solicite un abogado de asistencia legal de Health Consumer Alliance al **1-888-804-3536**.
- Complete el formulario de Designación de representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le da permiso a alguien para que actúe en su nombre.
- Llame a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y solicite el formulario de “Designación de Representante”. También puede obtener el formulario visitando **www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf** o en nuestro sitio web en **kp.org**. **Debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle

Hay cuatro situaciones en las que se usan decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Damos detalles para cada una en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección que aplique:

- **Sección F**, “Atención médica”
- **Sección G**, “Medicamentos recetados de Medicare Parte D”
- **Sección H**, “Solicitud de cobertura de una hospitalización más larga”
- **Sección I**, “Solicitud para continuar cubriendo ciertos servicios médicos (Esta sección solo se aplica a la atención médica a domicilio, la atención en centros de enfermería especializada y los servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [CORF]).”

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página. También puede obtener información a través de organizaciones del gobierno, tales como su Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (vea los números de teléfono de este programa en el **Capítulo 2, Sección E**, de esta **Guía para miembros**).



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

F. Atención médica

En esta sección se explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si desea que le reembolsemos el porcentaje del costo de su atención que nos corresponda pagar.

En esta sección se describen sus beneficios para la atención médica y servicios descritos en el **Capítulo 4** de esta **Guía para miembros**. Generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección. El término “atención médica” incluye servicios médicos y artículos, así como medicamentos recetados de Medicare Parte B, que, por lo general, son medicamentos administrados por su médico o profesional de la salud. Es posible que se apliquen reglas diferentes a un medicamento recetado de la Parte B. Cuando esto suceda, le explicaremos cómo las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B difieren de las reglas para los servicios y artículos médicos.

F1. Cómo usar esta sección

En esta sección se explica qué puede hacer en alguna de las siguientes situaciones:

1. Cree que cubrimos la atención médica que necesita pero que no recibe.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Recibió atención médica que cree que cubrimos, pero no pagaremos.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió y pagó atención médica que pensó que cubríamos y quiere que le devolvamos el dinero.

Qué puede hacer: Puede solicitarnos un reembolso. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura para cierta atención médica y usted cree que nuestra decisión podría dañar su salud.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

6. Experimenta demoras en la atención o no puede localizar a un médico.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que involucren la reducción o suspensión de su cobertura para cierta atención médica, use esta sección (**Sección F**) como su guía.

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina “**determinación de la organización integrada**”.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura:

- Por llamada: al **1-800-443-0815**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., TTY **711**. Si su decisión de cobertura, apelación o queja reúne los requisitos para recibir una decisión rápida, llame a la Unidad de Revisiones Aceleradas al **1-888-987-7247**, de 8:30 a. m. a 5 p. m., de lunes a sábado.
- Por fax: **1-888-987-2252**.
- Por carta:
 - Para una decisión normal sobre la cobertura o una queja, escriba a su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el **Directorio de Proveedores** para obtener ubicaciones).
 - Para una apelación estándar, escriba a la dirección indicada en el aviso de denegación que le enviamos. Si su decisión de cobertura, apelación o queja reúne los requisitos para recibir una decisión rápida, escriba a:
Kaiser Permanente
Expedited Review Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Decisión normal sobre la cobertura

Utilizamos un plazo “estándar” para tomar nuestra decisión, a menos que acordemos responderle en un plazo “acelerado”. Una decisión normal sobre la cobertura significa que le damos una respuesta sobre lo siguiente:

- servicios o artículos médicos de **Medicare o Medi-Cal** en un plazo de 5 días hábiles después de que recibamos su solicitud y no más de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.
- medicamentos recetados de Medicare Parte B en un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Decisión rápida sobre la cobertura

El término legal para “decisión rápida de cobertura” es “**determinación acelerada de cobertura**”.

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y su salud requiera una respuesta rápida, solicite que tomemos una “decisión rápida de cobertura”. Una decisión rápida de cobertura significa que le daremos una respuesta sobre lo siguiente:

- Servicio o artículo médico dentro del de plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
- Medicamentos recetados de Medicare Parte B en un plazo de 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Debe cumplir dos requisitos para obtener una decisión rápida de cobertura:

- Está solicitando cobertura para atención médica que usted **no obtuvo**.
- El uso de los plazos estándar **podría causar daños graves a su salud** o perjudicar su bienestar.

Automáticamente le damos una decisión rápida de cobertura si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si la solicita sin el apoyo de su médico, decidiremos si obtiene una decisión rápida de cobertura.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Si determinamos que su salud no reúne los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviamos una carta con una explicación y usamos en cambio el plazo normal. En la carta se indica lo siguiente:

- Le brindamos automáticamente una decisión rápida de cobertura si su médico la solicita.
- Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión normal sobre la cobertura en lugar de una decisión rápida de cobertura. Para obtener más información acerca del proceso para presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si decimos que No a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explique las razones.

- Si decimos que **No**, tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si desea presentar una apelación, usará el Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos rechazar una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. A continuación, se presentan ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud:

- si la solicitud está incompleta;
- si alguien presenta 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 una notificación para explicar por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo. Esta revisión se le llama apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llame a Servicio a los Miembros.

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamando a Servicio a los Miembros.

- Si su médico u otra profesional que expida recetas solicita continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlo como su representante para que actúe en su nombre.

Si alguien que no sea su médico presenta la apelación por usted, incluya un formulario de Designación de Representante que autorice a esta persona a representarlo. También puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en kp.org.

- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro del plazo de 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación:
 - rechazaremos su solicitud, y
 - 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 rechazarla.

Debe solicitar una apelación **dentro del plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.

Si no presenta la apelación en este plazo, pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, podemos darle más tiempo. Algunas buenas razones incluyen asuntos como que tuvo una enfermedad grave o le dimos información incorrecta sobre el plazo. Explique la razón por la cual su apelación está retrasada cuando la presente.

Tiene derecho a pedirnos una copia gratis de toda la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden presentarnos información adicional para respaldar su apelación. Esta solicitud debe presentarse por escrito.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que no recibió, usted o su médico decidirán si necesita una apelación rápida.
- El proceso para una apelación rápida es el mismo que para una decisión rápida de cobertura. Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que usa para pedir una decisión rápida de cobertura en la **Sección F2**.
- Le proporcionaremos una apelación rápida si su médico nos informa que la necesita debido a su estado de salud.

Si le informamos que suspenderemos o reduciremos los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda solicitar la continuidad de esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviaremos una notificación antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de Nivel 1.
- Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si nos solicita que continuemos cubriendo el servicio o artículo o si solicita una apelación de Nivel 1 en el plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta o en la fecha efectiva prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
 - Si cumple con este plazo, obtendrá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También obtendrá todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de estas fechas, su servicio o medicamento no continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura para atención médica.
- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos que **No** a su solicitud.
- Recopilamos más información de ser necesario. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Hay plazos para una apelación rápida.

- Si empleamos plazos acelerados, debemos responderle **en un plazo de 72 horas después de la recepción de su apelación**. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.

Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una Organización de Revisión Independiente la revisa. Más adelante en este capítulo, le informaremos sobre esta organización y le explicaremos el proceso de apelaciones de Nivel 2.

- **Si decimos que Sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro del plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si decimos que No a una parte o a la totalidad de su solicitud**, enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Si empleamos plazos estándar, debemos responderle **en un plazo de 30 días calendario** después de la recepción de su apelación de cobertura por los servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B que no recibió, le damos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de la recepción de su apelación o antes si su salud lo requiere.

Si no le damos una respuesta antes del plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una Organización de Revisión Independiente la revisa. Más adelante en este capítulo, le informaremos sobre esta organización y le explicaremos el proceso de apelaciones de Nivel 2.

Si decimos que Sí a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar a más tardar en 30 días calendario, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, después del momento en que recibimos su apelación.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Si decimos que No a una parte o la totalidad de su solicitud, tiene derechos de apelación adicionales:

Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta.

- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informa que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, la carta le indica cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2.

F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviamos una carta. Esta carta le informa si Medicare, Medi-Cal o ambos programas suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que **Medicare** generalmente cubre, enviamos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se completa la apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que **Medi-Cal** generalmente cubre, usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2. La carta le indica cómo hacerlo. También incluimos más información más adelante en este capítulo. No presentamos automáticamente una apelación de Nivel 2 para usted por servicios o artículos de Medi-Cal.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que **tanto Medicare como Medi-Cal** pueden cubrir, obtiene automáticamente una apelación de Nivel 2 con la Organización de Revisión Independiente. También puede solicitar una Audiencia Imparcial ante el estado.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, es posible que sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también continúen durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema se trata de un servicio que generalmente solo cubre Medicare, sus beneficios para ese servicio no continúan durante el proceso de apelación de Nivel 2 con la Organización de Revisión Independiente.
- Si su problema es sobre un servicio que generalmente solo cubre Medi-Cal, sus beneficios para ese servicio continúan si presenta una Apelación de Nivel 2 dentro del plazo de 10 días calendario después de la recepción de la carta de nuestra decisión.

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

La Organización de Revisión Independiente revisa la apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es **“Entidad de Revisión Independiente”**, que a veces se conoce como **“IRE”**.

- Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Medicare eligió a la compañía para que fuera la Organización de Revisión independiente y Medicare supervisa su trabajo.
- Enviamos información sobre su apelación (su “expediente del caso”) a esta organización. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia gratis del expediente del caso.
- 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 analizan cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

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

- Si presentó una apelación rápida de Nivel 1 ante nosotros, automáticamente recibe una apelación rápida de Nivel 2. La Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir del momento de recepción de su apelación.
- 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.

- Si presentó una apelación estándar ante nosotros en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, la Organización de Revisión Independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir de su apelación.

La Organización de Revisión Independiente le da su respuesta por escrito y explica los motivos.

- Si la Organización de Revisión Independiente dice que Sí a una parte o la totalidad de su solicitud para artículo o servicio médico, debemos implementar la decisión de inmediato:
 - autorizar la cobertura de atención médica **dentro del plazo de 72 horas**;
 - prestar el servicio **dentro del plazo de 14 días calendario** después de que obtengamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente para **solicitudes estándar**, o
 - prestar el servicio **dentro del plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de Revisión Independiente para **solicitudes aceleradas**.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

- Si la Organización de Revisión Independiente dice que **Sí** para una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de Medicare Parte B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Parte B en disputa:
 - **dentro del plazo de 72 horas** después de que obtengamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente para **solicitudes estándar**, o
 - **dentro del plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de Revisión Independiente para **solicitudes aceleradas**.
- Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a una parte o a la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. Esto se llama “respaldar la decisión” o “denegar la apelación”.

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 se rechaza su apelación de Nivel 2 y su caso cumple con los requisitos para continuar el proceso de apelaciones, debe decidir si avanza al Nivel 3 y presenta una tercera apelación. Las instrucciones sobre cómo hacer esto se incluyen en la notificación por escrito que recibe después de la Apelación de Nivel 2.

Un juez de derecho administrativo está a cargo de una apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que Medi-Cal generalmente cubre

(1) Audiencia Estatal

Puede solicitar una Audiencia Estatal para los servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal. Si su médico u otro proveedor solicita un servicio o artículo que no aprobaremos o si no continuaremos pagando un servicios o artículo que ya tiene y decimos que no a su apelación de Nivel 1, tiene derecho a solicitar una Audiencia Estatal.

En la mayoría de los casos **tiene 120 días para solicitar una Audiencia Estatal** después de que se le envíe por correo la notificación “Sus Derechos de Audiencia”.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

NOTA: Si solicita una Audiencia Estatal porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se cambiará o suspenderá, **usted tiene menos días para presentar su solicitud** si desea continuar recibiendo el servicio mientras su Audiencia Estatal está pendiente. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?” en este Capítulo para obtener más información.

Hay dos maneras de solicitar una Audiencia Estatal:

1. Puede completar la “Solicitud de Audiencia Estatal” en el reverso de la notificación de acción. Debe proporcionar toda la información solicitada, como su nombre completo, dirección, número de teléfono, el nombre del plan o condado que tomó la medida en su contra, los programas de ayuda involucrados y una razón detallada de porqué desea una audiencia. Después, puede enviar su solicitud de una de estas maneras:
 - Al departamento de bienestar del condado a la dirección que se muestra en la notificación.
 - Al Departamento de Servicios Sociales de California:
State Hearings Division
P.O. Box 944243,
Mail Station 9-17-37 Sacramento,
California 94244-2430
 - A la División de Audiencias Estatales al número de fax **1-916-651-5210** o al **1-916-651-2789**.
2. Puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California al **1-800-952-5253**. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-952-8349**. Si decide solicitar una Audiencia Estatal por teléfono, debe tener en cuenta que las líneas telefónicas están muy ocupadas.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Qué hacer si no está de acuerdo con la decisión de la apelación

Si presentó una apelación y recibió una carta donde le indicamos que no cambiamos nuestra decisión, o nunca recibió la carta sobre nuestra decisión y ya pasaron 30 días, puede hacer lo siguiente:

- Solicitar una Audiencia Estatal del Departamento de Servicios Sociales de California (“CDSS”) y un juez revisará su caso.
- Presentar un formulario de revisión médica independiente/queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) para que se revise nuestra decisión o solicitar una revisión médica independiente (“IMR”) del DMHC. Durante la IMR del DMHC, un médico externo que no está relacionado con Kaiser Permanente revisará su caso. La línea telefónica gratuita del DMHC es **(1-888-466-2219)** la línea TTY para personas con trastornos auditivos o del habla es **(1-877-688-9891)**. Puede encontrar el formulario de revisión médica independiente/quejas informales y las instrucciones en línea en el sitio web del DMHC en **www.dmhc.ca.gov**.

Usted no tendrá que pagar la Audiencia Estatal ni la IMR.

Tiene derecho tanto a una Audiencia Estatal como una IMR. Sin embargo, si primero solicita una Audiencia Estatal y la misma se lleva a cabo, después no podrá solicitar una IMR. En este caso, la decisión de la Audiencia Estatal imparcial será la definitiva. Las decisiones de beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx no están sujetas al proceso de la IMR.

Las secciones a continuación le ofrecen más información sobre cómo solicitar una Audiencia Estatal o una IMR.

Kaiser Permanente no está a cargo de las quejas y apelaciones relacionadas con los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx. Puede presentar quejas y apelaciones sobre los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx llamando al **1-800-977-2273** (TTY **1-800-977-2273 y presione 5 o 711**). Sin embargo, las quejas y apelaciones relacionadas con los beneficios de farmacia que no están sujetos a Medi-Cal Rx pueden ser elegibles para una revisión médica independiente. Si no está de acuerdo con decisión relacionada con sus beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx, puede solicitar una Audiencia Estatal.

Nota: Los artículos y servicios que recibe en virtud del Programa de Apoyos Comunitarios no califican para una IMR.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Quejas y revisiones médicas independientes (“IMR”) ante el Departamento de Atención Médica Administrada

Una IMR es cuando un revisor externo, no relacionado con el plan de salud, revisa su caso. Si desea una IMR, primero deberá presentarnos una apelación. Si no nos comunicamos con usted en un plazo de 30 días calendario o si no está conforme con nuestra decisión, podrá solicitar una IMR. Debe solicitar una IMR en un plazo de 6 meses contados a partir de la fecha de la notificación sobre la decisión de la apelación. Solo tiene 120 días para solicitar una Audiencia Estatal, por lo que si desea una IMR y una Audiencia Estatal presente su queja lo antes posible. Recuerde, si primero solicita una Audiencia Estatal y esta se lleva a cabo, después no podrá solicitar una IMR. En este caso, la decisión de la Audiencia Estatal imparcial será la definitiva.

Es posible que pueda obtener una IMR de inmediato, sin presentar primero una apelación. Esto ocurre en casos en los que el problema de salud es urgente o la solicitud se denegó porque se consideró que el tratamiento estaba en una etapa experimental o de investigación.

Si su queja al DMHC no reúne los requisitos para una IMR, de todos modos el DMHC analizará su queja para asegurarse de que hayamos tomado la decisión correcta cuando usted apeló a nuestra denegación de servicios. Debemos cumplir con la IMR y las decisiones de la IMR que tome el DMHC.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

En el siguiente párrafo, encontrará información sobre cómo solicitar una IMR. Tenga en cuenta que el término “queja formal” se refiere tanto a “quejas” como a “apelaciones”.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es el organismo responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja formal sobre su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al 1-800-443-0815 (TTY 711) y seguir el proceso de queja formal de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. La utilización de este proceso de quejas no anula ningún derecho o recurso legal que pueda estar a su disposición. Pueden llamar al departamento si necesitan ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no resolvió satisfactoriamente o una queja formal que ha permanecido sin resolverse durante más de 30 días. Además, es posible que cumpla los requisitos para una Revisión Médica Independiente (“IMR”). De ser así, el proceso de la IMR hará una evaluación imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud con respecto a la necesidad, desde el punto de vista médico, de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones relacionadas con la cobertura de tratamientos experimentales o que se encuentran en investigación, y las disputas relacionadas con el pago de servicios médicos de urgencia o emergencia. El Departamento también cuenta con una línea telefónica gratuita (1-888-466-2219 y con una línea TDD (1-877-688-9891) para personas con trastornos auditivos o del habla. En el sitio web del departamento, <http://www.dmhca.gov>, encontrará formularios de quejas informales, formularios de solicitud para una IMR e instrucciones en línea.

La oficina de audiencias estatales entrega su decisión por escrito y explica sus motivos.

- Si la oficina de audiencias estatales dice que **Sí** a todo o parte de una solicitud de artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar dicho servicio o artículo **en el plazo de 72 horas** tras haber recibido la decisión.
- Si la oficina de audiencias estatales dice que **No** a todo o parte de su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica. Esto se llama “respaldar la decisión” o “denegar la apelación”.

Si la decisión de la Organización de Revisión Independiente o de la oficina de Audiencias estatales es **No** a toda o parte de su solicitud, usted tiene otros derechos de apelación.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Si su apelación de Nivel 2 fue a la **Organización de Revisión Independiente**, puede volver a apelar solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza un monto mínimo determinado. Un juez de derecho administrativo está a cargo de una apelación de Nivel 3. **La carta que recibe de la Organización de Revisión Independiente explica los otros derechos de apelación que puede tener.**

La carta que recibe de la oficina de Audiencias estatales describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación luego del Nivel 2.

F5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen servicios y artículos cubiertos. Esto es así aun en el caso de que al proveedor le paguemos menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura. El único importe que deberían pedirle que pague es el copago por ambulancia, diálisis y algunos artículos de DME, tal como se describe en el Cuadro de Beneficios que se encuentra en el **Capítulo 4** o en los costos compartidos que se describen en el **Capítulo 6**, si ya no reúne los requisitos para recibir el “Beneficio Adicional”.

Si recibe una factura que supera el monto de su copago por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura a nosotros. **No debe pagar la factura usted mismo.** Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos encargaremos del problema de facturación. Si paga la factura, puede obtener un reembolso si siguió las reglas para obtener los servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para miembros**. Describe situaciones en las que quizás deba solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También se explica cómo debe enviarnos los documentos necesarios para solicitarnos el pago.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Si solicita un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos nuestra parte del costo del servicio o artículo en un plazo de 60 días calendario tras haber recibido su solicitud.
- Si aún no pagó el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago es lo mismo que responder **Sí** a su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación descrito en la **Sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si presenta una apelación para que le reembolsemos el dinero, debemos responderle en un plazo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos la apelación.
- Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y **Medicare** generalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente. Le enviaremos una carta si esto sucede.

Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión y determina que debemos pagarle, deberemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **Sí** en cualquiera de las etapas posteriores al Nivel 2 del proceso de apelaciones, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

- Si la Organización de Revisión Independiente dice **No** a su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se llama “respaldar la decisión” o “denegar la apelación”. Recibirá una carta que explique los derechos de apelación adicionales que puede tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre otros niveles de apelación.
- Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y **Medi-Cal** generalmente cubre el servicio o artículo, usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2. Nosotros no presentamos automáticamente una apelación de Nivel 2 en su nombre. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

G. Medicamentos recetados de Medicare Parte D

Entre sus beneficios como miembro de nuestro plan se incluye la cobertura de muchos medicamentos recetados. La mayoría de ellos son medicamentos de Medicare Parte D. Hay algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre y que Medi-Cal puede cubrir. **Esta sección solo hace referencia a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.** Diremos “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de decir “medicamento de la Parte D” cada vez.

Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Vea a continuación ejemplos de decisiones sobre la cobertura que usted puede solicitar para los medicamentos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, lo que incluye pedirnos que:
 - Cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan o
 - Reservemos una restricción en nuestra cobertura para un medicamento (tales como límites en la cantidad que puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo).

NOTA: 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 de cobertura.

Una decisión inicial sobre la cobertura respecto a medicamentos de la Parte D se llama “**determinación de cobertura**”.

- Nos pide que paguemos un medicamento que ya compró. Esto exige una decisión de cobertura para un pago.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura, puede presentar una apelación. En esta sección, se explica cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y cómo presentar una apelación. Para ayudarse, use la tabla que se encuentra a continuación.

¿Cuál de estas situaciones se aplica en su caso?

<p>Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos.</p>	<p>Si desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y considera que cumple alguna regla o restricción del plan (tal como obtener aprobación previa) para el medicamento que necesita.</p>	<p>Si desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó.</p>	<p>Le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera en que usted desea.</p>
<p>Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Es un tipo de decisión de cobertura).</p>	<p>Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.</p>	<p>Puede solicitarnos un reembolso. (Es un tipo de decisión de cobertura).</p>	<p>Puede presentar una apelación (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión).</p>
<p>Empiece por la Sección G2, y después consulte las Secciones G3 y G4.</p>	<p>Consulte la Sección G4.</p>	<p>Consulte la Sección G4.</p>	<p>Consulte la Sección G5.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

G2. Excepciones de la Parte D

Si no cubrimos un medicamento de la manera en que le gustaría, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Si usted solicita que se haga una excepción, su médico u otro profesional que emita recetas deben explicar los motivos médicos por los cuales la necesita.

Pedir cobertura de un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o pedir que se elimine la restricción de un medicamento por lo general se denomina pedir una “**excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles**”.

A continuación, se muestran algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que emite recetas pueden solicitar:

Cobertura de un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos, usted debe pagar el copago que se aplica a todos nuestros medicamentos.
- No puede obtener una excepción al monto del copago requerido para el medicamento.

Eliminar una restricción de un medicamento cubierto

- Corresponde aplicar otras normas y restricciones sobre algunos medicamentos que están en nuestra Lista de Medicamentos (consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** para obtener más información).
- Otras reglas y restricciones para ciertos medicamentos son:
 - Requerir que se use la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener con antelación nuestra aprobación, antes de que aceptemos cubrir un medicamento. Algunas veces, esto se llama “autorización previa”.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

G3. Cosas importantes que debe saber sobre las solicitud de una excepción

Su médico u otro profesional que emita recetas debe informarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que emita recetas 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 emite recetas al solicitar la excepción.

En general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección determinada. Se llaman medicamentos “alternativos”. Si el medicamento alternativo fuera igual de eficaz que el medicamento que solicita y no le causaría otros efectos secundarios ni problemas de salud, por lo general, **no** aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos responder Sí o No a su solicitud

- Si decimos **Sí** a su solicitud de excepción, la excepción suele durar hasta el final del año calendario; siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si respondemos que **No** a su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si decimos que **No**.

En la siguiente sección se explica cómo solicitar decisiones sobre la cobertura, incluida una excepción.

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Pida la clase de decisión de cobertura que desee llamando a Servicio a los Miembros, escribiéndonos o enviándonos un fax. Tanto usted como su representante o su médico (u otro profesional que emite recetas) pueden hacer esto. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted o su médico (u otro profesional que emita recetas) o su representante pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede designar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para saber cómo designar a una persona para que sea su representante.
- No es necesario que le de permiso por escrito a su médico u otra persona que emite recetas para que soliciten una decisión de cobertura en su nombre.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

- Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento, primero consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para miembros**.
- Si solicita una excepción, envíenos una “declaración de respaldo”. En ella se incluyen las razones médicas de su médico u otro profesional que emite recetas para solicitar la excepción.
- Su médico u otro profesional que emite recetas pueden enviarnos la declaración de respaldo por fax o por correo postal. También pueden informarnos por teléfono y luego enviar la declaración por fax o correo postal.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una “decisión rápida sobre la cobertura”.

Usamos los “plazos estándar” a menos que aceptemos usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión normal sobre la cobertura** significa que le responderemos en un plazo de 72 horas luego de recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida sobre la cobertura** significa que le responderemos en un plazo de 24 horas luego de recibir la declaración de su médico.

Una “decisión rápida sobre la cobertura” se denomina **“determinación acelerada de cobertura”**.

- Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si:
 - Es por un medicamento que no recibió. No puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si está solicitando el reembolso de un medicamento que ya compró.
 - Su salud o sus funciones se verían gravemente perjudicadas si utilizamos los plazos estándar.

Si su médico u otro profesional que emite recetas nos dice que su salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, la aceptamos y se la damos. Le enviamos una carta que se lo informa.

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el respaldo de su médico u otro profesional que emite recetas, decidiremos si obtiene una decisión rápida sobre la cobertura.
- Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, usamos los plazos estándar en su lugar.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Le enviamos una carta que se lo informa. La carta también le indica cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.

Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información acerca del proceso para presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas posteriores a haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre apelaciones de Nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a parte o la totalidad de su solicitud, le brindamos la cobertura en un plazo de 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explique las razones. La carta también le dice cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión normal sobre la cobertura acerca de un medicamento que no recibió

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas posteriores a haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente.
- Si decimos que **Sí** a una parte o la totalidad de su solicitud, le brindamos la cobertura en un plazo de 72 horas posteriores a recibir su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explique las razones. La carta también le indica cómo presentar una apelación.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Plazos para una decisión normal sobre la cobertura acerca de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario a partir del momento en que recibamos su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente.
- Si decimos que **Sí** a parte o la totalidad de su solicitud, haremos el reembolso en un plazo de 14 días calendario.
- **Si** decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explique las razones. La carta también le indica cómo presentar una apelación.

G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Una apelación para cambiar una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una “**redeterminación**” del plan.

- Inicie su **apelación estándar** o **apelación rápida** llamando al **1-866-206-2973**, escribiéndonos o enviándonos un fax. Tanto usted como su representante o su médico (u otro profesional que emite recetas) pueden hacer esto. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Debe solicitar una apelación **dentro del plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si no presenta la apelación en este plazo, pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, podemos darle más tiempo. Algunas buenas razones incluyen asuntos como que tuvo una enfermedad grave o le dimos información incorrecta sobre el plazo. Explique la razón por la cual su apelación está retrasada cuando la presente.
- Tiene derecho a pedirnos una copia gratis de toda la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden presentarnos información adicional para respaldar su apelación.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se denomina “**redeterminación acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico o el profesional que emite recetas deciden si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que los de una decisión rápida sobre la cobertura. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Analizamos su apelación, y evaluamos cuidadosamente y por segunda vez toda la información relacionada con su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos las reglas cuando dijimos que **No** a su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otra persona que emita recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 1

- Si empleamos plazos acelerados, debemos responderle **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.

Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una Organización de Revisión Independiente la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.

- Si decimos que **Sí** a una parte o la totalidad de su solicitud, debemos brindar la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas posteriores a recibir su apelación.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 1

- Si nos regimos por los plazos estándar, debemos responderle **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le comunicaremos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si cree que necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una apelación rápida.

Si no le comunicamos una decisión en el plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una Organización de Revisión Independiente la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.

Si decimos que **Sí** a una parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos brindarle lo más rápido que su salud lo requiera, pero **a más tardar 7 días calendario** después de la recepción de su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** por un medicamento que compró **en un plazo de 30 días calendario** después de la recepción de su apelación.

Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud:

- Le enviamos una carta que explica los motivos y le indicamos cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **en un plazo de 14 días calendario** después de la recepción de su apelación.

Si no le comunicamos una decisión en el plazo de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una Organización de Revisión Independiente la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.

- Si decimos que **Sí** a una parte o la totalidad de su solicitud, debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

G6. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si decimos que **No** a su apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utilice el proceso de apelación de las apelaciones de Nivel 2. La **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión cuando decimos que **No** a su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”, que a veces se conoce como “**IRE**”.

A fin de presentar una apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico u otro profesional que receta debe contactar a la Organización de Revisión Independiente **por escrito** y solicitar que revisen su caso.

- Si decimos que **No** a su apelación de Nivel 1, la carta que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. En las instrucciones se le explica quiénes pueden presentar la apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización.
- Si presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviamos a la entidad toda la información que tengamos sobre su apelación. Esta información se denomina “expediente del caso”.
Tiene derecho a solicitar una copia sin costo del expediente del caso.
- También tiene derecho a entregar a la Organización de Revisión Independiente cualquier información adicional que usted considere que puede ayudarle con su apelación.

La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación de Nivel 2 de la Parte D y le da una respuesta por escrito. Consulte la **sección F4** para obtener información sobre la Organización de Revisión Independiente.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 2

- Si su salud así lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una apelación rápida.
- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si dicen que **Sí** a una parte o la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada **en el plazo de 24 horas** después de obtener la decisión de la Organización de Revisión Independiente.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta:

- **En el plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no obtuvo.
- **En el plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación por el reembolso de un medicamento que compró.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada **en el plazo de 72 horas** después de que obtengamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente.
- Debemos reembolsarle un medicamento que compró en el plazo de 30 días calendario después de que obtengamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama “respaldar la decisión” o “denegar la apelación”.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a su apelación de Nivel 2, tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es menor que el mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la apelación de Nivel 2 es definitiva. La Organización de Revisión Independiente le envía una carta que le indica el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una apelación de Nivel 3.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2.
- Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a su apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, usted:
 - Decide si desea presentar una apelación de Nivel 3.
 - Consulte la carta que le envió la Organización de Revisión Independiente después de su apelación de Nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.
- Un juez de derecho administrativo está a cargo de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **sección J** para obtener más información sobre apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Solicitud de cobertura de una hospitalización más larga

Cuando usted es hospitalizado, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos cuando son necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de hospitalizaciones de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de esta **Guía para miembros**.

Durante su hospitalización, colabora con su médico y el personal del hospital con el fin de prepararse para el día en que reciba el alta. Ellos también se encargan de coordinar cualquier servicio de atención que pudiese necesitar después de salir del hospital.

- El día que usted abandona el hospital se llama “fecha del alta hospitalaria”.
- Su médico o el personal del hospital le comunicarán cuál es su fecha de alta hospitalaria.

Si piensa que el médico le da el alta antes de tiempo o le preocupa la atención después de dejar el hospital, puede pedir que se extienda su hospitalización. Esta sección le explica cómo solicitarlo.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

H1. Aprendizaje sobre sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días a partir de su hospitalización, alguien del hospital, como un enfermero o trabajador social, le dará una notificación por escrito llamada “**An Important Message from Medicare about Your Rights**”. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de esta notificación cuando son hospitalizadas.

Si no recibe la notificación, pídasela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio a los Miembros a los números que aparecen al final de la página. 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 la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

- **Lea la notificación** cuidadosamente y haga preguntas si no entiende. La notificación le informa sus derechos como paciente del hospital, incluidos sus derechos a:
 - Obtener servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta. Tiene derecho a saber qué servicios son, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
 - Ser parte de cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
 - Saber dónde acudir si tiene alguna inquietud sobre la calidad de la atención hospitalaria.
 - Apelar si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme la notificación** para demostrar que la recibió y que entiende sus derechos.
 - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar la notificación.
 - Firmar la notificación **solo** demuestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** implica que está de acuerdo con una fecha de alta hospitalaria que su médico o el personal del hospital le hayan dicho.
- **Conserve su copia** de la notificación firmada para que tenga la información si la necesita.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Si firma la notificación más de dos días antes de dejar el hospital, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta hospitalaria.

Puede ver una copia de la notificación por adelantado si:

- Llame a Servicio a los Miembros a los números que figuran al final de la página.
- 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**.
- Visite **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices**.

H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Si desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa la apelación de Nivel 1 para determinar si la fecha programada para el alta hospitalaria es médicamente adecuada para usted.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. No son parte de nuestro plan.

En California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad es Livanta. Llámelos al **1-877-588-1123**. La información de contacto también se encuentra en la notificación, “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”, y en el **Capítulo 2**.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes de dejar el hospital y no más tarde de la fecha programada para el alta hospitalaria.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de la fecha programada para el alta hospitalaria sin pagar por ello mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de su fecha programada para el 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, apele directamente a nuestro plan. Consulte la **sección G4** para obtener información sobre cómo presentarnos una apelación.
- Debido a que tanto Medicare como Medi-Cal cubren las hospitalizaciones, si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad no recibe su solicitud para continuar su hospitalización o cree que su situación es urgente, implica una amenaza inmediata y grave a su salud, o si tiene un dolor intenso, también puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) o solicitarle una revisión médica independiente. Consulte la **sección F4** para obtener más información sobre cómo presentar una queja al DMHC y solicitarle una revisión médica independiente.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene inquietud o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicio a los Miembros a los números que figuran al final de la página.
- Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al **1-800-434-0222**.

Solicite una revisión rápida. Actúe con rapidez y comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para solicitar una revisión rápida de su fecha de alta hospitalaria.

El término legal para “**revisión rápida**” es “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**”.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha programada para el alta hospitalaria. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores evalúan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que reciban del hospital y de nuestro plan.
- Hacia el mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su solicitud, usted recibirá otra notificación que explica por qué su médico, el hospital y nosotros consideramos que esa es la fecha de alta hospitalaria correcta que adecuada para usted desde el punto de vista médico.

El término legal para esta explicación por escrito es “**Notificación detallada del alta hospitalaria**”. Puede obtener una muestra llamando a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página o llamando 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**). También puede consultar un ejemplo del aviso en línea, en **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices**.

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.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dice que **Sí** a su apelación:

- Cubriremos los servicios de atención como paciente hospitalizado siempre que los servicios sean necesarios desde el punto de vista médico.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dice que **No** a su apelación:

- Creen que su fecha programada para el alta hospitalaria es adecuada desde el punto de vista médico.
- 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.
- Es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para el mejoramiento de la calidad responda a su apelación.
- Puede presentar una apelación de Nivel 2 si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 1 **y** usted permanece en el hospital después de su fecha programada para el alta hospitalaria.

H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

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 apelación de Nivel 1. Llámelos al **1-877-588-1123**.

Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** desde el día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad diga que **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.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Informarán su decisión sobre la apelación de Nivel 2 en el plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dice que **Sí** a su apelación:

- Debemos reembolsarle el porcentaje que nos corresponde de los costos de atención hospitalaria desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1.
- Cubriremos los servicios de atención como paciente hospitalizado siempre que los servicios sean necesarios desde el punto de vista médico.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dice que **No** a su apelación:

- Está de acuerdo con su decisión sobre la apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- Le da una carta en la que le indica qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.
- También puede presentar una queja ante el DMHC o solicitarle una revisión médica independiente para continuar la hospitalización. Consulte la sección E4 para obtener más información sobre cómo presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una revisión médica independiente.

Un juez de derecho administrativo está a cargo de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **sección J** para obtener más información sobre apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H4. Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

La fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para una apelación de Nivel 1 es en el plazo de 60 días o antes de la fecha programada para el alta hospitalaria. Si no cumple con la fecha límite de la apelación de Nivel 1, puede usar un proceso de “Apelación Alternativa”.

Comuníquese con Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y pídanos una “revisión rápida” de su fecha de alta hospitalaria.

El término legal para “revisión rápida o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

- Analizamos toda la información sobre su hospitalización.
- Comprobamos que la primera decisión fue justa y siguió las reglas.
- Usamos plazos rápidos en lugar de plazos estándar y le informamos nuestra decisión en el plazo de 72 horas posteriores a la solicitud de una revisión rápida.

Si decimos que **Sí** a su apelación rápida:

- Estamos de acuerdo en que debe estar en el hospital después de la fecha de alta hospitalaria.
- Cubriremos los servicios de atención como paciente hospitalizado siempre que los servicios sean necesarios desde el punto de vista médico.
- Le reembolsamos el porcentaje que nos corresponde de la atención que recibió cuando dijimos que terminaría su cobertura.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Si decimos que **No** a su apelación rápida:

- Acordamos que la fecha programada para el alta hospitalaria era apropiada desde el punto de vista médico.
- Nuestra cobertura para sus servicios como paciente hospitalizado finaliza en la fecha que le indicamos.
- No pagaremos ningún porcentaje de los costos después de esta fecha.
- Es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha programada para el alta hospitalaria si continúa en el hospital.
- Enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelación de Nivel 2.

H5. Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2

Enviamos la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en el plazo de 24 horas de haber dicho **No** a su apelación de Nivel 1. Lo hacemos de forma automática. No necesita hacer nada.

Si considera que no cumplimos con este plazo o cualquier otro plazo, puede presentar una queja. Consulte la **sección K** para obtener información sobre cómo presentar quejas.

La Organización de Revisión Independiente hace una revisión rápida de su apelación. Revisan detenidamente toda la información sobre su alta hospitalaria y, por lo general, le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos el porcentaje que nos corresponde de la atención que recibió cuando dijimos que terminaría su cobertura.
- Cubriremos los servicios de atención como paciente hospitalizado siempre que los servicios sean necesarios desde el punto de vista médico.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a su apelación:

- Está de acuerdo en que su fecha programada para el alta hospitalaria era adecuada desde el punto de vista médico.
- Le da una carta en la que le indica qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Un juez de derecho administrativo está a cargo de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

También puede presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una revisión médica independiente para continuar la hospitalización. Consulte la **sección F4** para obtener más información sobre cómo presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una revisión médica independiente. Puede una revisión médica independiente además de una apelación de Nivel 3 o en su lugar.

I. Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección trata solo de tres tipos de servicios que puede recibir:

- Servicios de atención médica a domicilio.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- La atención de rehabilitación que recibe como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que usted recibe tratamiento para una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a recibir los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico indique que los necesita.

Cuando decidimos dejar de cubrir alguno de estos, debemos informarle **antes** de que sus servicios terminen. Cuando finaliza su cobertura para ese servicio, dejamos de pagarlo.

Si considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

I1. Notificación anticipada antes de que su cobertura finalice

Le enviamos una notificación por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Esta se denomina “Notificación de No Cobertura de Medicare”. En la notificación se le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar la notificación para demostrar que la recibieron. Firmar la notificación **solo** demuestra que recibió la información. Firmar **no** implica que está de acuerdo con nuestra decisión.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Si considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se le informa el proceso de apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y cumpla todos los plazos que se aplican a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe respetar los plazos. Si usted considera que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. Consulte la **sección K** para obtener más información sobre cómo presentar quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene inquietud o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicio a los Miembros a los números que figuran al final de la página.
 - Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al **1-800-434-0222**.
- Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - Consulte la **sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de esta **Guía para miembros** para obtener más información sobre la QIO y cómo contactarla.
 - Pídale que revise su apelación y decida si cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe con rapidez y solicite una “apelación por vía rápida”.** Pregunte a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad si es apropiado desde el punto de vista médico que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Su plazo para comunicarse con esta organización

- 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 que le enviamos.
- Si vence el plazo para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar su apelación ante nosotros. Para obtener los detalles sobre cómo hacerlo, consulte la **Sección I4**.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad no recibirá su solicitud para continuar con la cobertura de sus servicios de atención médica o cree que su situación es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene un dolor intenso, puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) y solicitarle una Revisión Médica Independiente. Consulte la **sección F4** para obtener más información sobre cómo presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una revisión médica independiente.

El término legal para la notificación por escrito es “**Notificación de No Cobertura de Medicare**”. Obtenga una copia de muestra llamando a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página o llamando 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**. O pida una copia en línea en **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices**.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Qué sucede durante una apelación por vía rápida

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntan a usted o a su representante por qué cree que debe continuar con la cobertura. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionó nuestro plan.
- Nuestro plan también le envía a usted una notificación por escrito que explica nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios. Recibirá la notificación al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación.

El término legal para la explicación en la notificación es “**Explicación detallada de no cobertura**”.

- Los revisores le informan su decisión en un plazo de un día completo después de recibir toda la información que necesitan.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **Sí** a su apelación:

- Le brindaremos sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean necesarios desde el punto de vista médico.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le indicamos.
- Dejamos de pagar nuestra parte del costo de esta atención en la fecha indicada en la notificación.
- Usted paga el costo completo de esta atención si decide continuar la atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que termina su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una apelación de Nivel 2.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

13. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

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 apelación de Nivel 1. Llámelos al **1-877-588-1123**.

Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** desde el día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad diga que **No** a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si continúa la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Informarán su decisión sobre la apelación de Nivel 2 en el plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos el porcentaje que nos corresponde de la atención que recibí cuando dijimos que terminaría su cobertura.
- Proporcionaremos cobertura por la atención mientras sea necesaria desde el punto de vista médico.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiarán.
- Le da una carta en la que le indica qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.
- Puede presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una Revisión Médica Independiente para continuar la cobertura de sus servicios de atención médica. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre cómo solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente. Puede presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una Revisión Médica Independiente además de una apelación de Nivel 3 o en su lugar.

Un juez de derecho administrativo está a cargo de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

14. Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Como se explica en la **Sección 12**, debe actuar con rapidez y comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación de Nivel 1. Si no cumple con la fecha límite, puede usar un proceso de “Apelación alternativa”.

Comuníquese con Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y solicite una “revisión rápida”.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

- Analizamos toda la información sobre su caso.
- Verificamos que la primera decisión haya sido justa y haya seguido las reglas cuando fijamos la fecha para finalizar la cobertura de sus servicios.
- Usamos plazos rápidos en lugar de plazos estándar y le informamos nuestra decisión en el plazo de 72 horas posteriores a la solicitud de una revisión rápida.

Si decimos que **Sí** a su apelación rápida:

- Estamos de acuerdo en que necesita los servicios por más tiempo.
- Le brindaremos sus servicios cubiertos durante el tiempo que los servicios sean necesarios desde el punto de vista médico.
- Estamos de acuerdo en devolverle el dinero por nuestro porcentaje de los costos de la atención que haya recibió desde la fecha en que hayamos dicho que terminaría su cobertura.

Si decimos que **No** a su apelación rápida:

- Nuestra cobertura para estos servicios finaliza en la fecha que le indicamos.
- No pagaremos ningún porcentaje de los costos después de esta fecha.
- Usted paga el costo total de estos servicios si continúa recibéndolos después de la fecha en que le informamos que terminaría nuestra cobertura.
- Enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelación de Nivel 2.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

15. Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, enviamos 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 dicho que No a su apelación de Nivel 1. Lo hacemos de forma automática. No necesita hacer nada.

Si considera que no cumplimos con este plazo o cualquier otro plazo, puede presentar una queja. Consulte la **sección K** para obtener información sobre cómo presentar quejas.

La Organización de Revisión Independiente hace una revisión rápida de su apelación. Revisan detenidamente toda la información sobre su alta hospitalaria y, por lo general, le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos el porcentaje que nos corresponde de la atención que recibí cuando dijimos que terminaría su cobertura.
- Cubriremos los servicios de atención como paciente hospitalizado siempre que los servicios sean necesarios desde el punto de vista médico.

Si la Organización de Revisión Independiente dice que **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiarán.
- Le da una carta en la que le indica qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.
- También puede presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una Revisión Médica Independiente para continuar la cobertura de sus servicios de atención médica. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre cómo solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente. Puede presentar una queja y solicitar una Revisión Médica Independiente además de una apelación de Nivel 3 o en su lugar.

Un juez de derecho administrativo está a cargo de las apelaciones de Nivel 3.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

J. Cómo presentar una apelación superior al Nivel 2

J1. Próximos pasos para servicios y artículos de Medicare

Si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a pasar a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza un cierto monto mínimo en dólares, no puede apelar más. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelación. En la carta que recibe de la Organización de Revisión Independiente para su apelación de Nivel 2 se explica a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **Sí** a su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- 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 decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del ALJ o abogado adjudicador.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba se le indicará qué hacer para presentar una apelación de Nivel 4.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice que **Sí** a su apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** esta decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo dice que **No** o niega nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba se le informará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que Medi-Cal normalmente cubre. En la carta que reciba de la oficina de Audiencia Imparcial se le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

J3. Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de solicitudes 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 en dólares, puede seguir con otros niveles de apelación. En la respuesta por escrito que recibe a su apelación de Nivel 2 se explica a quién contactar y cómo solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobados en un plazo de 72 horas (o 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 el ALJ o el abogado adjudicador dice que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el 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 revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice que **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobados en un plazo de 72 horas (o 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 tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Si el Consejo dice que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba se le informará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. Qué tipos de problemas deben ser quejas

El proceso de quejas informales se usa solo para ciertos tipos de problemas, tales como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y los servicios al cliente. A continuación, se incluyen ejemplos de los tipos de problemas que se tratan con el proceso de quejas.

queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none">• No está satisfecho con la calidad de la atención, tal como la atención que recibió en el hospital.
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none">• Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, servicio al cliente inadecuado u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none">• Un proveedor de atención médica o su personal fue grosero o irrespetuoso con usted.• Nuestro personal lo trató mal.• Cree que lo están expulsando de nuestro plan.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

queja	Ejemplo
Accesibilidad y asistencia lingüística	<ul style="list-style-type: none"> • No puede acceder físicamente a las instalaciones y los servicios de atención médica en un consultorio de un médico o de un proveedor. • Su médico o proveedor no proporciona un intérprete para el idioma que usted no habla que no es inglés (tal como el lenguaje de señas estadounidense o el español). • Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que necesita y solicita.
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene problemas para hacer una cita o debe esperar demasiado para obtenerla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicio a los Miembros u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • Piensa que no le dimos un aviso o una carta que debería haber recibido. • Considera que la información escrita que le enviamos es muy difícil de entender.
Puntualidad relacionada con decisiones sobre la cobertura o apelaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. • Piensa que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o devolverle dinero por ciertos servicios médicos. • No cree que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente a tiempo.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Hay distintos tipos de quejas. Puede presentar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización que no está relacionada con nuestro plan y ésta la revisa. Si necesita ayudar para presentar una queja interna o externa, puede llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

El término legal para “queja” es **“queja formal”**.

El término legal para “presentar una queja” es **“interponer una queja formal”**.

K2. Quejas informales internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Puede presentar la queja en cualquier momento a menos que se trate de un medicamento de la Parte D. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D, debe presentarla **en un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema por el que desea presentar una queja.

- Servicio a los Miembros le informará si necesita hacer algo más.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, daremos respuesta a su queja por escrito.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

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 desde el momento en que recibamos la queja.

El término legal para “queja rápida” es “queja formal acelerada”.

Si es posible, respondemos de inmediato. Si nos llama porque tiene una queja, tal vez podamos responderle durante la llamada. Le responderemos rápidamente si su condición médica lo requiere.

- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le damos una “queja rápida” y respondemos su queja en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le damos una “queja rápida” y respondemos su queja en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja que implica una amenaza grave para su salud, incluidos, entre otros, dolor intenso o posible pérdida de la vida, una extremidad o una función del organismo importante, podemos darle una “queja acelerada” y responder a su queja informal dentro de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o la totalidad de su queja, se lo informaremos y le daremos nuestras razones. Damos una respuesta ya sea que estemos o no de acuerdo con la queja.

K3. Quejas informales externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare.

El Formulario de quejas de Medicare está disponible en:

www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

No necesita presentar una queja ante nuestro plan antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare se toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Si tiene cualquier otra inquietud u opinión, o siente que el plan de salud no se está ocupando de su problema, también puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**. La llamada es gratuita.

Medi-Cal

Puede presentar una queja ante el/la defensor/a general de los derechos de la atención médica administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención de la Salud (DHCS) llamando al **1-888-452-8609**. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al **711**. Llame de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). El DMHC es responsable de regular los planes de salud. Puede llamar al Centro de Ayuda del DMHC para obtener ayuda con las quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Puede contactar al DMHC si necesita ayuda con una queja que involucre un asunto urgente o uno que involucre una amenaza inmediata o grave a su salud, si tiene un dolor intenso, si no está de acuerdo con la decisión de nuestro plan sobre su queja o si nuestro plan no ha resuelto su queja después del plazo de 30 días calendario.

Hay dos formas de obtener ayuda del Centro de Ayuda:

- Llame al **1-888-466-2219**. Las personas sordas, con dificultades de audición o de lenguaje pueden utilizar el número TTY sin costo, **1-877-688-9891**. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada (www.dmhc.ca.gov).

Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si considera que no le han dado un trato justo. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o la ayuda con el idioma. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es **1-800-368-1019**. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-537-7697**. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

También puede comunicarse con la oficina local de la Oficina de Derechos Civiles en:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Centro de respuesta al cliente: **1-800- 368-1019**
Fax: **1-202-619-3818**
TDD: **1-800- 537-7697**
Correo electrónico: **ocrmail@hhs.gov**

También puede tener derechos de conformidad con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y a nuestro plan. Si presenta una queja a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, trabajaremos con ella para resolverla.

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. Para obtener más información de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de esta **Guía para miembros**.

En California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta. Su número de teléfono es **1-877-588-1123**.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en nuestro plan

Introducción

En este capítulo se explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar nuestro plan. Si deja nuestro plan, seguirá perteneciendo a los programas Medicare y Medi-Cal mientras sea elegible. Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para miembros**.

Capítulo 10 Índice

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan	287
B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan	288
C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal.....	288
C1. Sus servicios de Medicare	290
C2. Sus servicios de Medi-Cal	293
D. Cómo obtener sus servicios médicos y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan.....	293
E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía	293
F. Reglas en contra de pedirle que deje nuestro plan por cualquier razón relacionada con la salud	295
G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	295



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medi-Cal, puede cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a otro por única vez durante cada uno de los Periodos de Inscripción Especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Además de estos tres periodos de Inscripción Especial, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes periodos cada año:

- El Periodo de Inscripción Anual, que se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comenzará el 1 de enero.
- El Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage, que se extiende del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- se mudó fuera de nuestra área de servicio;
- su elegibilidad para Medi-Cal o Beneficio Adicional cambió, o
- si se mudó recientemente, está recibiendo atención o acaba de mudarse de un centro de adultos mayores y personas con discapacidad, o de un hospital de cuidados a largo plazo.

Su membresía finaliza el último día del mes en el que recibamos su solicitud de cambio de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero, en este ejemplo).

Si abandona el plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Sus opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- Sus servicios de Medi-Cal en la **Sección C2**.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Puede obtener más información sobre cómo puede cancelar su membresía llamando a los siguientes:

- Servicio a los Miembros a los números que figuran al final de la página.
- 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**.
- Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al **1-800-434-0222**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**. Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite <https://aging.ca.gov>.
- Opciones de Atención Médica al **1-844-580-7272**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-430-7077**.
- Defensor/a general de los derechos de atención medica administrada de Medi-Cal al **1-888-452-8609**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., o al correo electrónico MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

NOTA: Si está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** para obtener información sobre programas de administración de medicamentos.

B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Tiene las siguientes opciones si desea dejar nuestro plan:

- 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 (personas con trastornos de audición o del habla) deben llamar al **1-877-486-2048**. Cuando llama a 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Consulte el cuadro de la **Sección C** para obtener más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando deja nuestro plan
- Llame a Opciones de Atención Médica al **1-844-580-7272**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-430-7077**.
- En la **Sección C** a continuación se incluyen pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo que también cancelará su membresía en nuestro plan.

C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal

Tiene opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medi-Cal si decide abandonar nuestro plan.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare que se enumeran a continuación. Al elegir una de estas opciones, automáticamente cancela su membresía en nuestro plan.

<p>1. Puede cambiar a los siguientes planes:</p> <p>Otro plan de salud de Medicare incluido un plan que combina su cobertura de Medicare y Medi-Cal</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>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.</p> <p>Para consultas sobre PACE, llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711. Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite https://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de Medicare.</p> <p>Se cancela automáticamente su membresía en nuestro plan de Medicare cuando comienza la cobertura de su</p>
---	--



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

	<p>nuevo plan. Su plan de Medi-Cal puede cambiar.</p>
<p>2. Puede cambiar a los siguientes planes:</p> <p>Original Medicare con un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>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.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711. Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite https://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.</p> <p>Se cancela automáticamente su membresía en nuestro plan cuando comienza la cobertura de Original Medicare.</p> <p>Su plan de Medi-Cal no cambiará.</p>



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

3. Puede cambiar a los siguientes planes:

Original Medicare sin un plan individual de medicamentos recetados de Medicare

NOTA: Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan individual de medicamentos recetados de Medicare, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos, a menos que le haya comunicado a Medicare que no desea inscribirse.

Solo debe renunciar a la cobertura de medicamentos recetados si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, tal como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al **1-800-434-0222**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite <https://www.aging.ca.gov/HICAP/>.

Esto es lo que tiene que hacer:

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 necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al **1-800-434-0222**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**. Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite <https://www.aging.ca.gov/HICAP/>.

Se cancela automáticamente su membresía en nuestro plan cuando comienza la cobertura de Original Medicare.

Su plan de Medi-Cal no cambiará.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

C2. Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas sobre cómo obtener sus servicios de Medi-Cal después de que abandone nuestro plan, comuníquese con Opciones de Atención Médica al **1-844-580-7272**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-430-7077**. Pregunte de qué forma inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la manera en que recibe su cobertura de Medi-Cal.

D. Cómo obtener sus servicios médicos y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si usted abandona nuestro plan, es posible que la finalización de su membresía y el comienzo de la nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal tarden un tiempo. Durante ese tiempo, continúa obteniendo atención médica y los medicamentos recetados a través de nuestro plan hasta que su nuevo plan comience.

- Utilice nuestras farmacias de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo para surtir sus recetas.
- Si se encuentra hospitalizado el día en que su membresía en el plan **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara** finaliza, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que reciba el alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía

Estos son casos en los que debemos finalizar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Parte A y Parte B.
- Si ya no califica para Medi-Cal. Solo pueden afiliarse a nuestro plan las personas que reúnen los requisitos para Medicare y Medicaid. Si ya no reúne los requisitos para los planes de Medicaid, le informaremos por escrito que cuenta con un periodo de gracia de cuatro meses para recuperar su elegibilidad de Medicaid antes de que le solicitemos que finalice su membresía del plan **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara**. Antes de cancelar su inscripción en el plan **Senior Advantage Medicare Medicaid Santa Clara**, nos comunicaremos con usted para darle la oportunidad de inscribirse en algún otro plan Senior Advantage. Es posible que los beneficios y los gastos de bolsillo de estos planes sean diferentes de los del plan **Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara**.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

- 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 va a la cárcel o prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene para medicamentos recetados.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no tiene presencia legal en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo.
 - Debemos cancelar su afiliación si no cumple con este requisito.

Si se encuentra en el periodo de cuatro meses de nuestro plan de elegibilidad continuada, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos del plan de Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo, deberá consultar con Medi-Cal qué cubrirá Medicaid de los servicios no cubiertos por nuestro plan pero cubiertos por Medi-Cal. Además, el costo compartido de medicamentos de la Parte D y de las primas que nos paga puede variar. El monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este periodo. Podemos hacer que abandone nuestro plan por las siguientes razones solo si primero obtenemos el permiso de Medicare y Medi-Cal:

- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esos datos afectan su elegibilidad para este.
- Si mantiene de forma continua un comportamiento inapropiado, que nos dificulte brindarle atención médica a usted y otros miembros de nuestro plan.
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de identificación del plan para obtener atención médica. (Medicare podría pedirle al inspector general que investigue su caso si finalizamos su membresía por esta razón).



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

F. Reglas en contra de pedirle que deje nuestro plan por cualquier razón relacionada con la salud

No podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud. Si cree que le pedimos que cancele su membresía por una razón relacionada con su salud, **llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

G. Su 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. También puede consultar el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros** para obtener información acerca de cómo presentar una queja.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Capítulo 11: Notificaciones legales

Introducción

En este capítulo se incluyen notificaciones legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para miembros**.

Capítulo 11 Índice

A. Administración de esta Guía para miembros	298
B. Solicitudes y declaraciones	298
C. Asignaciones.....	298
D. Honorarios y gastos de abogados y defensores	298
E. Coordinación de beneficios	299
F. Responsabilidad del empleador	299
G. Guía para miembros que obliga a los miembros	299
H. Responsabilidad de agencias gubernamentales.....	299
I. Exención de responsabilidad de los miembros.....	300
J. Sin renuncia.....	300
K. Avisos.....	300
L. Aviso sobre la legislación	300
M. Aviso sobre la no discriminación	300
N. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso	302
O. Recuperación de pagos en exceso.....	302
P. Responsabilidad civil de terceros.....	303
Q. Departamento de Asuntos de los Veteranos de EE. UU.....	304
R. Beneficios por responsabilidad civil del empleador o compensación del trabajador.....	305



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

S. Embarazo por encargo de terceros 305

T. Arbitraje vinculante 306



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

A. Administración de esta Guía para miembros

Podríamos adoptar políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficaz de esta **Guía para miembros**.

B. Solicitudes y declaraciones

Usted debe completar las solicitudes, los formularios y las declaraciones que solicitemos en el transcurso normal de nuestras actividades comerciales o según se indique en esta **Guía para miembros**.

C. Asignaciones

Usted no puede ceder esta **Guía para miembros** ni los derechos, intereses, reclamos por dinero adeudado, obligaciones o beneficios establecidos en el presente documento sin nuestra autorización previa por escrito.

D. Honorarios y gastos de abogados y defensores

En cualquier disputa entre un miembro y el Plan de Salud, el Medical Group o hospitales de Kaiser Foundation, cada una de las partes será responsable por sus propios gastos y honorarios de abogados y otros gastos, salvo que la ley exija lo contrario.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

E. Coordinación de beneficios

Si tiene otro seguro, debe utilizar su otra cobertura en combinación con su cobertura como miembro del plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal 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 civil de terceros, consulte la **Sección P** de este capítulo, y para los pagos primarios en casos de compensación del trabajador, la **Sección R** de este capítulo.

Debe informarnos si tiene otra cobertura de atención médica y si se registra algún cambio en su cobertura adicional.

F. 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.

G. Guía para miembros que obliga a los miembros

Al escoger la cobertura o aceptar los beneficios de acuerdo con esta **Guía para miembros**, 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 **Guía para miembros**.

H. 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.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

I. 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 no cubiertos que reciba de proveedores de la red o fuera de la red.

J. Sin renuncia

En caso de que no hagamos cumplir cualquiera de las disposiciones de esta **Guía para miembros**, esto no constituirá una renuncia a dicha disposición o a cualquier otra, ni perjudicará nuestro derecho posterior a exigir el cumplimiento de las disposiciones.

K. 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 folleto) y al Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**) para indicar su nuevo domicilio.

L. Aviso sobre la legislación

Se aplican muchas leyes a esta **Guía para miembros**. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aun si las leyes no se incluyeron ni se explican en esta **Guía para miembros**. Las principales leyes que se aplican son las leyes federales y estatales sobre los programas Medicare y Medi-Cal. Podrían aplicarse también otras leyes federales y estatales.

M. Aviso sobre la no discriminación

Cada empresa u organismo que trabaja con Medicare y Medi-Cal debe obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o el trato injusto. No lo discriminamos ni lo tratamos diferente por su edad, raza, historial de reclamos, color, etnicidad, prueba de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, historial médico, incapacidad física o mental, país de origen, raza, religión, sexo u orientación sexual. Además, no discriminamos ilegalmente, excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente debido a su ascendencia, identificación de grupo étnico, identidad de género, estado civil o condición médica.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto:

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019**. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al **1-800-537-7697**. También puede visitar **www.hhs.gov/ocr** para obtener más información.
- Llame al Departamento de Servicios de Atención de la Salud, Oficina de Derechos Civiles al **1-916-440-7370**. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711** (Servicios de Retransmisión de Telecomunicaciones).
 - Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.
 - Complete el formulario de queja o envíe una carta a la siguiente dirección:

Deputy Director, Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 Office of Civil Rights
 P.O. Box 997413, MS 0009
 Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de quejas están disponibles en:
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Si considera que se lo ha discriminado y desea presentar una queja formal por discriminación, puede hacerlo de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** Llame a Servicio a los Miembros, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto días festivos)
- **Por correo postal:** Llame a Servicio a los Miembros y pida que le envíe un formulario
- **En persona:** Complete un formulario de solicitud/reclamo de beneficios o queja en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en **kp.org/facilities** para obtener las direcciones)
- **En línea:** Use el formulario en línea que se encuentra en nuestro sitio web en **kp.org**
- También puede comunicarse directamente con los coordinadores de derechos civiles de Kaiser Permanente en:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
 Member Relations Grievance Operations
 P.O. Box 939001
 San Diego CA 92193



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Si su queja formal es sobre discriminación en el programa Medi-Cal, también puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Atención de la Salud, Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, por escrito o vía electrónica:

- Por teléfono: Llame al **1-916-440-7370**. Si tiene deficiencias auditivas o del habla, por favor llame al **711** (Servicios de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- Por escrito: Complete el formulario de queja o envíe una carta a la siguiente dirección:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009 Sacramento,
CA 95899-7413

- Los formularios de queja están disponibles en **dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.
- Por vía electrónica: Envíe un correo electrónico a **CivilRights@dhcs.ca.gov**

Si tiene una incapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención médica o un proveedor, llame a Servicio a los Miembros. Si tiene alguna queja, tal como algún problema relacionado con el acceso en silla de ruedas, Servicio a los Miembros puede ayudarle.

N. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso

A veces, otra persona debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación del trabajador deben pagarse primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de obtener una compensación por los servicios cubiertos de Medicare, de los que Medicare no es el pagador primario.

Cumplimos con la legislación y las regulaciones federales y estatales sobre la responsabilidad legal de terceros para los servicios de atención médica a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

O. 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



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

cualquier otra persona u organización obligada a pagar por los servicios.

P. Responsabilidad civil de terceros

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, debemos subrogar todas 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 el monto 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 reclamo 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.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

En un plazo de 30 días a partir de que haya presentado o interpuesto un reclamo o acción judicial contra un tercero, deberá enviar un aviso por escrito de este reclamo o acción judicial a:

Equian
Subrogation Mailbox
P.O. Box 36380
Louisville, KY 40233
Fax: **1-502-214-1137**

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 no puede aceptar renunciar a, ceder o reducir los derechos que nos otorga esta disposición sin nuestro previo consentimiento 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. Podemos asignar nuestros derechos de retención y de otro tipo para ejercerlos.

Q. 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 los Veteranos, no pagaremos a este departamento tales servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar un reembolso al departamento.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

R. Beneficios por responsabilidad civil del empleador o compensación del trabajador

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.

S. Embarazo por encargo de terceros

En los casos en que una miembro recibe una compensación monetaria para tener un embarazo subrogado, nuestro plan solicitará el reembolso de todos los Cargos del Plan correspondientes a los servicios cubiertos que reciba en relación con la concepción, el embarazo o el parto. 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.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

T. Arbitraje vinculante

La siguiente descripción del arbitraje obligatorio se aplica a los siguientes miembros:

- Todos los miembros que estén inscritos en un plan Kaiser Permanente Senior Advantage Individual Plan con una fecha de vigencia anterior al 1 de enero de 2008; y
- Todos los miembros que estén inscritos en un plan Kaiser Permanente Senior Advantage Individual Plan con una fecha de vigencia anterior al 1 de enero de 2008 y que no hayan renunciado expresamente al proceso de arbitraje obligatorio en un plazo de 60 días calendario desde su fecha de vigencia de Senior Advantage.

Para todos los reclamos sujetos a la sección “Arbitraje Obligatorio”, tanto los Demandantes como los Demandados renuncian a su derecho a un juicio por jurado o ante los tribunales, y aceptan recurrir al arbitraje obligatorio. En la medida en que esta sección de “Arbitraje vinculante” sea aplicable a los reclamos presentados por las partes asociadas a Kaiser Permanente, habrá de aplicarse retroactivamente a todos los reclamos no resueltos que se acumulen antes de la fecha de vigencia de esta **Guía para miembros**. Tal aplicación retroactiva será obligatoria solo para las partes de Kaiser Permanente.

Alcance del arbitraje

Las disputas habrán de someterse a un arbitraje vinculante si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- El reclamo surge de, o está relacionada con, una supuesta infracción de una obligación que conlleve, resulte de o esté relacionada con esta **Guía para miembros** o con una relación de una Parte asociada al miembro con Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (Plan de salud), incluido todo reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo que indique que un producto o servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompetente), responsabilidad civil por los centros, o relacionada con la cobertura o prestación de servicios o productos, independientemente de las teorías jurídicas sobre las cuales se base el reclamo.
- El reclamo es afirmado por una o más Partes asociadas al miembro contra una o más Partes de Kaiser Permanente, o por una o más Partes de Kaiser Permanente contra una o más Partes asociadas al miembro.
- Las leyes vigentes no impiden el uso del arbitraje obligatorio para resolver el reclamo.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Los miembros inscritos en esta **Guía para miembros** renuncian a su derecho a un proceso con un jurado o un tribunal y aceptan el uso de un arbitraje obligatorio, excepto en el caso que los siguientes tipos de reclamos no estén sujetos al arbitraje obligatorio:

- Reclamos dentro de la jurisdicción del tribunal de demandas de menor cuantía.
- Reclamos sujetos al procedimiento de apelaciones de Medicare según corresponda a los miembros del plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal (consulte el **Capítulo 9** para obtener información sobre las apelaciones de Medicare).
- Reclamos que no pueden estar sujetos al arbitraje obligatorio según la legislación aplicable.

Como se indica en esta sección “Arbitraje vinculante”, las “partes de los miembros” incluyen a:

- Un miembro.
- Un heredero, familiar o representante personal del miembro.
- Cualquier persona que manifieste que surge una obligación para con dicha persona en virtud de la relación del miembro con una o más de las partes de Kaiser Permanente.

Las “partes de Kaiser Permanente” incluyen:

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
- Kaiser Foundation Hospitals.
- The Permanente Medical Group, Inc.
- Southern California Permanente Medical Group.
- The Permanente Federation, LLC.
- The Permanente Company, LLC.
- Cualquier médico de Southern California Permanente Medical Group o de The Permanente Medical Group.
- Cualquier persona u organización cuyo contrato con cualquiera de las organizaciones identificadas anteriormente requiera el arbitraje de reclamos que presentan una o más de las Partes asociadas al miembro.
- Cualquier empleado o agente de cualquiera de las organizaciones antes mencionadas.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

“Demandante” se refiere a una Parte asociada al miembro o a Kaiser Permanente que presente un reclamo, como se describe arriba. “Demandado” se refiere a una Parte asociada al miembro o a Kaiser Permanente contra quien se presenta un reclamo, como se describe arriba.

Reglamento

Los arbitrajes se realizarán de conformidad con las **Normativas de arbitrajes para miembros de Kaiser Permanente supervisados por la Oficina del Administrador Independiente** (“Reglas de procedimiento”) desarrolladas por la Oficina del Administrador Independiente en consulta con Kaiser Permanente y la Junta Consultiva de Arbitraje. Si desea obtener copias del Reglamento, llame a nuestro Servicio a los Miembros.

Cómo iniciar el arbitraje

Los Demandantes deberán iniciar el arbitraje mediante la presentación de una petición de arbitraje. La Petición de Arbitraje deberá incluir las bases del reclamo contra los Demandados; la cantidad que solicitan los Demandantes en el arbitraje por daños y perjuicios; los nombres, las direcciones y los números de teléfono de los Demandantes y su abogado, si lo hubiera; y los nombres de todos los Demandados. Los Demandantes deberán incluir en la petición de arbitraje todos los reclamos contra los Demandados sobre la base del mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas.

Notificación de la petición de arbitraje

La Petición de arbitraje deberá notificarse ante Health Plan, Kaiser Foundation Hospitals, KP Cal, LLC, The Permanente Medical Group, Inc., Southern California Permanente Medical Group, The Permanente Federation, LLC y The Permanente Company, LLC por medio de correo dirigido al Demandado a la siguiente dirección:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Legal Department
1950 Franklin Street, 17th floor
Oakland, CA 94612

La notificación de ese demandado se considerará completa cuando se reciba. Cualquier otro Demandado, incluidos los particulares, deberá ser notificado de la manera establecida por el Código de Procedimiento Civil de California para una acción civil.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Honorarios por arbitraje

El Demandante deberá pagar un cargo único, no reembolsable, de \$150 por arbitraje, pagadero a la “Cuenta de arbitraje”, independientemente del número de reclamos presentados en la petición de arbitraje o del número de Demandantes o Demandados nombrados en la petición de arbitraje.

Cualquier Demandante que declare encontrarse en situación de suma penuria económica puede solicitar ante la Oficina del Administrador Independiente que se le exonere del pago de los honorarios por arbitraje y del pago de los honorarios y gastos del árbitro imparcial. Un Demandante que intente obtener dichas exoneraciones deberá llenar el Formulario de exoneración de honorarios y presentarlo en la Oficina del Administrador Independiente, al mismo tiempo que lo envía a los Demandados. El Formulario de exoneración de tarifas establece los criterios para la exoneración de tarifas y puede obtenerlo llamando a nuestro Servicio a los Miembros.

Número de árbitros

El número de árbitros puede afectar la responsabilidad de los Demandantes de pagar los honorarios y los gastos del árbitro imparcial (consulte las Reglas de procedimiento).

Si la Petición de Arbitraje intenta obtener el pago por daños por un total de \$200,000 o menos, la disputa deberá resolverse por medio de un solo árbitro imparcial, a menos que las partes acuerden por escrito, después de que surgió una disputa y se presentó una solicitud de arbitraje vinculante, que el arbitraje habrá de resolverse por dos árbitros representantes de las partes y un árbitro imparcial. El árbitro imparcial no tendrá autoridad para adjudicar una compensación monetaria por daños mayores a \$200,000.

Si la petición de arbitraje intenta obtener compensación monetaria por daños superiores a \$200,000, la disputa deberá ser resuelta y determinada por un árbitro imparcial y dos árbitros representantes de las partes interesadas, uno de ellos nombrado conjuntamente por todos los Demandantes y otro nombrado conjuntamente por todos los Demandados. Las partes que tengan derecho a elegir su árbitro representante pueden acordar renunciar a este derecho. Si todas las partes están de acuerdo, un único árbitro imparcial podrá resolver estos arbitrajes.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Pago de los honorarios y los gastos de los árbitros

El Plan de Salud pagará los honorarios y los gastos del árbitro imparcial en ciertas condiciones según se describe en las Reglas de Procedimiento. En todos los otros arbitrajes, los honorarios y los gastos del árbitro imparcial serán pagados equitativamente por los Demandantes y los Demandados.

Si las partes optan por seleccionar sus propios árbitros, los Demandantes serán responsables del pago de los honorarios y los gastos de su propio árbitro, nombrado por ellos, y los Demandados serán responsables del pago de los honorarios y los gastos de su propio árbitro.

Costos

A excepción de los honorarios y los gastos antes mencionados del árbitro imparcial y de lo estipulado en contrario por las leyes aplicables a los arbitrajes que se describen en esta sección “Arbitraje vinculante”, cada una de las partes será responsable de pagar los honorarios de sus propios abogados, los honorarios de testigos y otros gastos sufragados en la acusación o la defensa que se haga en contra o a favor de un reclamo, independientemente de la naturaleza del reclamo o de los resultados del arbitraje.

Disposiciones generales

Se deberá abandonar y excluir definitivamente un reclamo si (1) en la fecha de la notificación de la Petición de arbitraje para el reclamo, en caso de que el reclamo haya sido afirmado en una acción civil, prescribiría para los Demandados notificados en virtud de la legislación aplicable, (2) los Demandantes no proceden con una diligencia razonable con el reclamo de arbitraje de conformidad con el Reglamento indicado en este documento o (3) la audiencia de arbitraje no comienza en un plazo de cinco años después de (a) la fecha de notificación de la Petición de arbitraje de acuerdo con los procedimientos establecidos en el presente documento o (b) la fecha de presentación de una acción civil basada en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas con el reclamo, lo que ocurra primero. Un árbitro imparcial puede desestimar un reclamo por otras causas basándose en la presencia de motivos justificantes. Si una de las partes no asiste a la audiencia de arbitraje después de haber recibido la notificación correspondiente, el árbitro imparcial puede proceder a resolver la disputa en ausencia de dicha parte.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

La Ley de Reforma de Indemnizaciones por Lesiones Médicas de California de 1975 (con sus enmiendas), incluidas las secciones que establecen el derecho de presentar pruebas de los pagos de seguros o de beneficios por incapacidad del paciente, la limitación de la recuperación por daños y perjuicios no económicos y el derecho de solicitar que una indemnización por daños y perjuicios futuros se ajuste a pagos periódicos, se aplicará a todo reclamo por negligencia profesional o cualquier otro reclamo, según lo permita o contemple la ley.

La sección “Arbitraje vinculante”, la Sección 2 de la Ley Federal de Arbitraje y las disposiciones del Código Procesal Civil de California relativas al arbitraje que estén vigentes en el momento de la aplicación del estatuto, en combinación con el Reglamento, habrán de regir los arbitrajes en la medida que no contradigan la sección “Arbitraje vinculante”. De acuerdo con la norma que se aplica según las Secciones 3 y 4 de la Ley Federal de Arbitraje, el derecho a arbitraje de conformidad con la sección “Arbitraje vinculante” no se rechazará, diferirá ni se evitará de ninguna otra manera a causa de que una disputa entre una parte del miembro y una parte de Kaiser Permanente involucre reclamos sujetos y no sujetos a arbitraje, o a causa de que una o más de las partes del arbitraje también sean una parte en un proceso judicial pendiente con un tercero que se desprenda de las mismas transacciones o de transacciones relacionadas y que implique la posibilidad de fallos o descubrimientos que pudieran estar en conflicto.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Capítulo 12: Definición de términos importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos importantes utilizados en esta **Guía para miembros** junto con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicios a los Miembros.

Actividades de la vida diaria (AVD): Las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro de atención que brinda cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que se espera que no necesiten más de 24 horas de atención.

Apelación: Una forma de impugnar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede solicitar que cambiemos la decisión de cobertura presentando una apelación. El **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros** brinda más información explicativa sobre las apelaciones, incluido cómo presentar una apelación.

Salud del Comportamiento: Término inclusivo que se refiere a la salud mental y los trastornos por abuso de sustancias.

Medicamento de marca: Un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía que originalmente fabricó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Por lo general, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

Coordinador de atención: Una persona principal que trabaja con usted, el plan de salud y sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Plan de atención: Consulte “Plan de atención individualizado”.

Servicios Opcionales del Plan de Atención (Servicios CPO): Servicios adicionales que son opcionales de acuerdo con su Plan de Atención Individualizado (ICP). Estos servicios no están destinados a reemplazar los servicios y apoyos a largo plazo que está autorizado a recibir con Medi-Cal.

Equipo de atención: Consulte “Equipo de Atención Interdisciplinario”.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Etapas de cobertura para catástrofes: La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Comienza esta etapa cuando alcanza el límite de \$7,400 para sus medicamentos recetados.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2 de esta Guía para miembros explica cómo comunicarse con los CMS.

Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS): Programa de servicios para pacientes ambulatorios en un centro de atención que brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias ocupacionales y del habla, atención personal, capacitación y apoyo para la familia/cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para miembros elegibles que cumplen con los criterios de elegibilidad correspondientes.

Queja: Una declaración escrita o verbal que dice que tiene un problema o inquietud acerca de sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio o de su atención, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): Un centro de atención que proporciona, principalmente, servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación mayor. Brinda una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: Una cantidad fija que paga como su parte del costo cada vez que obtiene ciertos servicios o medicamentos recetados. Por ejemplo, podría pagar \$2 o \$5 por un servicio o un medicamento recetado.

Costo compartido: Cantidades que debe que pagar cuando obtiene ciertos servicios o medicamentos recetados. El costo compartido incluye los copagos.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos, o el monto que pagaremos por sus servicios de salud. En el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para referirnos a los medicamentos recetados y de venta sin receta (OTC) que tienen cobertura por parte de nuestro plan.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios cubiertos: El término general que utilizamos para referirnos a toda la atención médica; los servicios y apoyos a largo plazo; los suministros; los medicamentos de venta con receta y de venta sin receta; los equipos, y otros servicios que cubre nuestro plan.

Capacitación en competencias culturales: Capacitación que brinda instrucciones adicionales a nuestros proveedores de atención médica que los ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a fin de satisfacer sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Departamento de Servicios de Atención de la Salud (DHCS): El departamento estatal de California que administra el Programa Medicaid (conocido como Medi-Cal).

Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC): El departamento estatal de California responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal. El DMHC también realiza revisiones médicas independientes (IMR).

Cancelación de la afiliación: El proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la afiliación puede ser voluntaria (por elección suya) o involuntaria (cuando usted no toma la decisión).

Plan elegible dual de necesidades especiales (D-SNP): Plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medi-Cal. Nuestro plan es un D-SNP.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos artículos que indica su médico para usar en su propia casa. Entre los ejemplos de estos artículos se incluyen 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 IV, dispositivos generadores del habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: Una emergencia médica se define como una situación en la cual usted o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o una disfunción grave de una función del organismo. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o un dolor intenso.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos brindados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite kp.org/medicare.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Beneficio Adicional: Es un programa de Medicare que ayuda a las personas con bajos ingresos y pocos recursos a reducir los costos de los medicamentos recetados de Medicare Parte D, tales como las primas, los deducibles y los coseguros. El Beneficio Adicional también se denomina “Subsidio por Bajos Ingresos” o “LIS”.

Medicamento genérico: medicamento de venta con receta que está aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más económico y funciona igual de bien que el medicamento de marca.

Protesta: queja que usted presenta sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Incluye una queja sobre la calidad de la atención recibida o la calidad del servicio proporcionado por su plan de salud.

Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) programa que brinda información y asesoramiento gratuito y objetivo sobre Medicare. El **Capítulo 2** de esta **Guía para miembros** explica cómo comunicarse con HICAP.

Plan de salud: organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para brindarle la atención que necesita.

Evaluación de riesgos de salud: revisión de su historial médico y afección actual. Se utiliza para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Auxiliar de atención médica a domicilio: 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). Los auxiliares de salud a domicilio no cuentan con una licencia en enfermería ni proporcionan terapia.

Cuidados paliativos: programa de atención y apoyo para ayudar a las personas con pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que la persona tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Un afiliado que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos.

Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores brinda atención integral al paciente, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

Debemos darle una lista de proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

Facturación incorrecta/inapropiada: situación en la cual un proveedor (como un médico u hospital) le factura a usted más que nuestro monto de costo compartido por los servicios. Llame a Servicio a los Miembros si recibe facturas que no comprende.

Como miembro del plan, solo paga los montos de los costos compartidos de nuestro plan cuando recibe los servicios que cubrimos. No permitimos que los proveedores le facturen más de esa cantidad.

Revisión médica independiente (IMR): Si denegamos su solicitud de servicios o tratamiento médico, puede presentar una apelación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema es sobre un servicio de Medi-Cal, incluidos los DME y los medicamentos, puede solicitar una IMR al Departamento de Atención Médica Administrada de California. Una IMR es una revisión de su caso por parte de médicos que no forman parte de nuestro plan. Si la decisión de la IMR es a su favor, debemos brindarle el servicio o tratamiento que solicitó. No paga costos por una IMR.

Plan de Atención Individualizado (ICP o Plan de Atención): Un plan de los servicios que recibirá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y servicios y apoyos a largo plazo.

Etapas de cobertura inicial: Es la etapa antes de que sus gastos totales en medicamentos de la Parte D alcancen los \$4,660. Esto incluye los montos que pagó, lo que pagó nuestro plan en su nombre y el subsidio por bajos ingresos. Comienza en esta etapa de pago cuando surte su primera receta médica del año. Durante esta etapa, nosotros pagamos parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga su parte.

Paciente hospitalizado: término usado cuando es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no está admitido formalmente, de todos modos puede ser considerado un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Equipo de atención interdisciplinario (TIC o Equipo de atención): el equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarle a obtener la atención que necesita. El equipo de atención también le ayudará a elaborar un plan de atención.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de medicamentos): lista de medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que cubrimos. Nosotros elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos le indica si hay alguna regla que deba seguir para obtener sus medicamentos. A la Lista de Medicamentos a veces se le denomina “lista de medicamentos recetados disponibles”.

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): Los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un hogar para adultos mayores u hospital. Los LTSS incluyen Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS) y centros de enfermería (NF).

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Beneficio Adicional”.

Programa de pedidos por correo: Quizás algunos planes ofrezcan un programa de pedidos por correo que le permita obtener un suministro para 3 meses de los medicamentos recetados que tiene cubiertos y se los envíen a domicilio. Quizás sea una manera rentable y conveniente de resurtir las recetas que toma frecuentemente.

Medi-Cal: es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal está a cargo del estado y lo financian el estado y el gobierno federal.

Ayuda a las personas con bajos ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) además de los costos médicos.

Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que no cubre Medicare.

Los programas de Medicaid 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.

Consulte el **Capítulo 2** de esta **Guía para miembros** para obtener más información sobre cómo comunicarse con Medi-Cal.

Planes de Medi-Cal: Planes que cubren solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y apoyos a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son por separado.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Necesario desde el punto de vista médico: esto describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese a un hospital o un hogar para adultos mayores. También hace referencia a los servicios, suministros o medicamentos que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: Programa federal de cobertura de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con insuficiencia renal terminal (por lo general, quienes tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud a través de Medicare Original, un plan de atención médica administrada (consulte “Plan de salud”).

Medicare Advantage: programa de Medicare, también conocido como “Medicare Parte C” o “MA,” que ofrece planes a través de empresas privadas. Medicare les paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que cubren Medicare Parte A y Parte B.

Afiliado a Medicare-Medi-Cal: persona que califica para la cobertura de Medicare y Medi-Cal. Un afiliado en Medicare-Medi-Cal también se denomina “miembro con doble elegibilidad”.

Medicare Parte A: programa de Medicare que cubre la mayoría de los cuidados hospitalarios, centros de enfermería especializada, atención a domicilio y cuidados paliativos necesarios, desde el punto de vista médico.

Medicare Parte B: programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son necesarios, desde el punto de vista médico, para tratar una enfermedad o afección. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Medicare Parte C: programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA” que permite a las empresas privadas de seguro médico ofrecer los servicios de Medicare mediante un plan Medicare Advantage.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite kp.org/medicare.

Medicare Parte D: programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar. La Parte D cubre medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B ni por Medi-Cal. Nuestro plan incluye la Medicare Parte D.

Medicamentos de Medicare Parte D: Medicamentos cubiertos por Medicare Parte D. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Medi-Cal puede cubrir algunos de esos medicamentos.

Administración de terapias con medicamentos: Un grupo de servicio o servicios distinto, brindado por proveedores de atención médica, como los farmacéuticos, con el propósito de garantizar los mejores resultados terapéuticos para los pacientes. Consulte el Capítulo 5 de esta Guía para miembros para obtener más información.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): persona con Medicare y Medi-Cal que califica para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Guía para miembros e Información sobre divulgación: Este documento, junto con el formulario de inscripción y cualquier otro anexo, o las cláusulas, que explican su cobertura: lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Servicio a los Miembros: departamento de nuestro plan encargado de responder las preguntas que tenga sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 de esta Guía para miembros para obtener más información sobre el Servicio a los miembros.

Farmacia de la red: farmacia que accedió a surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos los medicamentos recetados solo cuando se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que brindan servicios de atención médica, equipo médico, servicios y apoyos a largo plazo.

Tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran a nuestros miembros un monto adicional.

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. A los proveedores de la red también se les llama “proveedores del plan”.

Hogar o centro para adultos mayores: lugar que brinda atención a las personas que no pueden recibir atención en su hogar, pero tampoco necesitan estar en el hospital.

Defensor general de los derechos del paciente (Ombudsman): oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender qué debe hacer. Los servicios del defensor de los derechos del paciente son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de esta **Guía para miembros**.

Determinación de la organización: Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización también son llamadas “decisiones de cobertura”. El **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros** explica las decisiones de cobertura.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con pago por servicio): El gobierno ofrece Original Medicare. Con Original Medicare, los servicios de 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. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico).

Original Medicare está disponible en todo Estados Unidos.

Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a nuestros miembros. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Proveedor fuera de la red o Centro de atención fuera de la red: proveedor o centro de atención que nuestro plan no emplea, no es dueño ni opera, y no tiene contrato para brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

El **Capítulo 3** de esta **Guía para miembros** brinda una explicación sobre proveedores o centros de atención que están fuera de la red.

Gastos de bolsillo: El requisito de costo compartido para que los miembros paguen parte de los servicios o medicamentos que reciben también se denomina requisito de costo de “gastos de bolsillo”. Consulte la definición de “costo compartido” anterior.

Medicamentos de venta libre, sin receta (OTC): Los medicamentos de venta sin receta son fármacos o medicamentos que una persona puede comprar sin receta de un profesional de la salud. Consulte en el **Capítulo 4** la información sobre artículos para la salud y el bienestar de venta sin receta.

Parte A: Consulte “Medicare Parte A”.

Parte B: Consulte “Medicare Parte B”.

Parte C: Consulte “Medicare Parte C”.

Parte D: Consulte “Medicare Parte D”.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de Medicare Parte D”.

Información médica personal (también llamada información médica protegida) (PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico e historial médico. Consulte nuestro **Aviso sobre prácticas de privacidad** para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Proveedor de atención primaria (PCP): médico u otro proveedor que utiliza en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Se aseguran de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

También pueden hablar sobre su atención con otros médicos o proveedores de atención médica y referirlo a ellos.

En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar al proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Consulte el **Capítulo 3** de esta **Guía para miembros** para obtener información sobre cómo recibir atención de los proveedores de atención primaria.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Autorización previa: aprobación que debe obtener de nosotros antes de poder obtener un servicio o medicamento específico o consultar a un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o el medicamento si no obtiene la aprobación primero.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos dentro de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una autorización previa de nuestra parte.

Los servicios cubiertos que requieren la autorización previa de nuestro plan están marcados en el **Capítulo 4** de esta **Guía para miembros**.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene nuestra autorización previa.

Los medicamentos cubiertos que necesitan la autorización previa de nuestro plan están marcados en la Lista de medicamentos cubiertos.

Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (PACE): programa que cubre los beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos para personas mayores de 55 años que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en casa.

Prótesis y Ortopedia: dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función de una parte interna del cuerpo. Entre ellos, los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO): grupo de médicos y otros expertos en salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. El gobierno federal paga a la QIO para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes. Para obtener más información sobre la QIO, consulte el Capítulo 2 de esta Guía para miembros.

Límites de cantidad: límite en la cantidad de un medicamento que puede obtener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por cada receta.

Remisión: Una referencia es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) para consultar a un proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una referencia para usar ciertos especialistas, tales como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre referencias en los **Capítulos 3 y 4** de esta **Guía para miembros**.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Servicios de rehabilitación: tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una intervención quirúrgica mayor. Para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación, consulte el **Capítulo 4** de esta **Guía para miembros**.

Servicios sensibles: servicios relacionados con salud mental o de la conducta, salud sexual y reproductiva, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA, abuso sexual y abortos, trastorno por consumo de sustancias, atención para la afirmación del género y violencia en la pareja.

Área de servicio: área geográfica en la que el plan de salud acepta a los miembros si la membresía está limitada por el lugar en el que viven las personas. 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). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden tener nuestro plan.

El área de servicios se describe en el **Capítulo 1** a los fines de calcular primas, costos compartidos, inscripción y cancelación de la afiliación. A efectos de obtener los servicios cubiertos, usted recibe atención de proveedores de la red en cualquier lugar dentro de nuestra área de servicio de nuestra región del Norte de California (consulte el **Directorio de Proveedores**).

Parte del costo: parte de sus costos de atención médica que quizás tenga que pagar cada mes antes de que sus beneficios entren en vigencia. El importe de su parte del costo dependerá de sus ingresos y de sus recursos.

Centro de Enfermería Especializada (SNF): centro de enfermería con el personal y el equipo para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados además de otros servicios de salud relacionados.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en centros de enfermería especializada incluyen la fisioterapia e inyecciones intravenosas (IV) que solo pueden administrar una enfermera titulada o un médico.

Especialista: médico que atiende una enfermedad o parte del cuerpo específica.

Farmacia especializada: Consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** para obtener más información sobre farmacias especializadas.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Audiencia estatal: Si su médico u otro proveedor solicita un servicio de Medi-Cal que no aprobamos, o si no continuamos pagando un servicio de Medi-Cal que ya tiene, puede solicitar una audiencia estatal. Si la audiencia estatal se decide a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o son mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social. SSI automáticamente otorga la cobertura de Medi-Cal.

Atención de urgencia: atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Puede obtener atención de urgencia por parte de proveedores fuera de la red cuando no haya proveedores de la red disponibles o no pueda llegar a ellos.



Si tiene preguntas, por favor llame a Senior Advantage Medicare Medi-Cal al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **kp.org/medicare**.

Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Kaiser Permanente no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, país de origen, discapacidad o sexo.

Además, nosotros:

- proporcionamos ayuda y servicios sin costo a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:
 - intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - información por escrito en otros formatos, como letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles
- proporcionamos servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
 - intérpretes calificados
 - información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros (Member Services) al **1-800-443-0815** (línea TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.

Si usted cree que Kaiser Permanente no proporcionó estos servicios o discriminó de alguna forma ya sea por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por escrito con nuestro coordinador de derechos civiles en One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612 o llamar a Servicio a los Miembros al número que aparece arriba. Puede presentar una queja por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja informal en la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Office) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o por teléfono al: **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (línea TDD). Los formularios de quejas informales están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente cumple con las leyes de los derechos civiles federales y estatales.

Kaiser Permanente no discrimina ilícitamente, excluye ni trata a ninguna persona de forma distinta por motivos de edad, raza, identificación de grupo étnico, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, condición médica, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

- Ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse mejor con nosotros, como lo siguiente:
 - ◆ intérpretes calificados de lenguaje de señas,
 - ◆ información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
 - ◆ intérpretes calificados,
 - ◆ información escrita en otros idiomas.

Si necesita nuestros servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Si tiene deficiencias auditivas o del habla, llame al **711**.

Este documento estará disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico a solicitud. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante Kaiser Permanente si siente que no le hemos ofrecido estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros sobre las opciones que se apliquen a su caso. Llame a Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a Servicio a los Miembros al **1 800-464-4000 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).

- **Por correo postal:** llámenos al **1 800-464-4000 (TTY 711)** y pida que se le envíe un formulario.
- **En persona:** llene un formulario de Queja o reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en kp.org/facilities [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).
- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en kp.org/espanol.

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles (Civil Rights Coordinator) de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
 Member Relations Grievance Operations
 P.O. Box 939001
 San Diego CA 92193

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (*Solo para beneficiarios de Medi-Cal*)

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services) por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370 (TTY 711)**.
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 Office of Civil Rights
 P.O. Box 997413, MS 0009
 Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de queja están disponibles en:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx (en inglés).

- **En línea:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services).

Puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019 (TTY 711)** o al **1-800-537-7697**.
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de quejas están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (en inglés).

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> (en inglés).

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-443-0815** (TTY **711**). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-443-0815** (TTY **711**). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-443-0815** (TTY **711**). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**). sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-443-0815** (TTY **711**). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.



Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول . سيقوم شخص ما يتحدث العربية (**TTY 711**) **1-800-443-0815** على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على . بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-443-0815 (TTY 711)**. पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-443-0815 (TTY 711)** にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Language Assistance Services

English: Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم (711).

Armenian: Ձեզ կարող է անվճար օգնություն տրամադրվել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

Chinese: 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورتهای دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمکهای جانبی و وسایل . کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید کفایت در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته (به استثنای روزهای تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران ناشنوا (TTY) با شماره **711** تماس بگیرند.

Hindi: बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntauv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

Japanese: 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

Khmer: ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY សារលេខ 711។

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오 (공휴일 휴무). TTY 사용자번호 **711**.

Laotian: ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໄດ້ຍ່ອຍບໍ່ເສັຍຄ່າແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາຍໃຈແກ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ **711**.

Mien: Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun muangx, dorh nyungc horng haa-sic mingh faan benx meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc). TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

Navajo: Doo bik'é asiníłáágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áą'át'é, t'áá áłahjí' jįigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'įjí áą'át'é. Ata' hane' yídííkił, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'í' ashchíigo, éi doodago hane' bee didííts'íłígíí yídííkił. Hane' bee bik'í' di'díítíłígíí dóó bee hane' didííts'íłígíí bína'idíłkiłgo yídííkił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá áłahjí', jįigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'įjí áą'át'é. (Dahodíłzingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal). TTY chodayoof'ínígíí kojí dahalne' **711**.

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਸ ਸਿਰਫ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

Russian: Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика, запросить перевод материалов на свой язык или запросить их в одном из альтернативных форматов. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

Spanish: Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o en formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

Thai: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการสาม แพลตฟอร์มเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้ คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ ให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหา เราที่ **1-800-464-4000** ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ) ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

Ukrainian: Послуги перекладача надаються безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви можете зробити запит на послуги усного перекладача, отримання матеріалів у перекладі мовою, якою володієте, або в альтернативних форматах. Також ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Просто зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**. Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень (крім святкових днів). Номер для користувачів телетайпа: **711**.

Vietnamese: Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ). Người dùng TTY xin gọi **711**.

Servicio a los Miembros de Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara

TELÉFONO	1-800-443-0815 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.
LÍNEA 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	Su oficina local de Servicio a los miembros (consulte el Directorio de Proveedores para obtener ubicaciones).
SITIO WEB	kp.org