

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de Cobertura

Sus Servicios y Beneficios de Salud de Medicare y su Cobertura de Medicamentos Recetados como Miembro de Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO) y Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO-POS)

Este documento incluye información detallada sobre su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2024. Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio a los Miembros al **1-800-476-2167** 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. Esta llamada no tiene costo.

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (plan de salud) ofrece este plan Kaiser Permanente Senior Advantage. En esta **Evidencia de Cobertura**, las palabras "nosotros", "nos" o "nuestro" se refieren al plan de salud. Las palabras "plan" o "nuestro plan" se refieren a Kaiser Permanente Senior Advantage (Senior Advantage).

Este documento está disponible de manera gratuita en español. Para obtener información adicional, comuníquese con Servicio a los Miembros al **1-800-476-2167**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

Este documento está disponible de manera gratuita en español. Para obtener información adicional, comuníquese con Servicio a los Miembros al **1-800-476-2167**. (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.

H0630_24001DBSP_C

PBP #: 013, 015, 016 & 025

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



Si lo necesita, este documento está disponible en letra grande, braille o CD; llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Es posible que los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos o coseguros cambien el 1.º de enero de 2025. La lista de medicamentos recetados disponibles, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a las personas inscritas afectadas con al menos 30 días de antelación.

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

- la prima de su plan y el costo compartido;
- sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- cómo presentar una queja informal si no está conforme con un servicio o tratamiento;
- cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda, y
- otras protecciones exigidas por ley de Medicare.

Evidencia de Cobertura de 2024

Índice

Capítulo 1 — Introducción para miembros	8
Sección 1 — Introducción	8
Sección 2 — ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?.....	9
Sección 3 — Material importante para los miembros que recibirá	10
Sección 4 — Sus costos mensuales de nuestro plan.....	12
Sección 5 — Más información sobre su prima mensual	15
Sección 6 — Mantenga actualizado su registro de membresía del plan.....	18
Sección 7 — Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	18
Capítulo 2 — Números de teléfono y recursos importantes	20
Sección 1 — Comunicación con Kaiser Permanente Senior Advantage (cómo comunicarse con nosotros, incluido Servicio a los Miembros).....	20
Sección 2 — Medicare (¿Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare?).....	25
Sección 3 — State Health Insurance Assistance Program (ayuda sin costo, información y respuestas a las preguntas que tenga sobre Medicare).....	26
Sección 4 — Organización para el Mejoramiento de la Calidad.....	27
Sección 5 — Seguro Social	28
Sección 6 — Medicaid.....	29
Sección 7 — Información sobre los programas de ayuda para pagar los medicamentos recetados	30
Sección 8 — Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios.....	32
Sección 9 —¿Tiene un seguro de grupo u otro seguro médico por parte de un empleador?.....	33

Capítulo 3 — Cómo usar nuestro plan para obtener sus servicios médicos.....	34
Sección 1 — Lo que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan.....	34
Sección 2 — Use los proveedores de la red para obtener atención médica.....	36
Sección 3 — Cómo obtener servicios en caso de emergencia, necesidad urgente de atención o durante un desastre	42
Sección 4 — ¿Qué tiene que hacer si le facturan directamente el costo total de sus servicios?	44
Sección 5 — ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?	45
Sección 6 — Reglas para obtener atención en una institución religiosa no médica de atención para la salud.....	47
Sección 7 — Reglas de titularidad del equipo médico duradero	48
Capítulo 4 — Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).....	50
Sección 1 — Explicación de los gastos de bolsillo de los servicios cubiertos	50
Sección 2 — Use esta Tabla de Beneficios Médicos para determinar qué servicios están cubiertos y cuánto pagará por ellos	52
Sección 3 — ¿Cuáles son los servicios que no cubre nuestro plan?.....	123
Capítulo 5 — Cómo usar la cobertura de nuestro plan para obtener los medicamentos recetados de la Parte D.....	138
Sección 1 — Introducción	138
Sección 2 — Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través de nuestro servicio de pedido por correo.....	138
Sección 3 — Sus medicamentos deben estar en nuestra "Lista de Medicamentos"	142
Sección 4 — Algunos medicamentos tienen restricciones de cobertura	144
Sección 5 — ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto como desearía que lo esté?	145

Sección 6 — ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?.....	148
Sección 7 — ¿Qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan?	150
Sección 8 — Cómo surtir la receta	151
Sección 9 — Cobertura de medicamentos de la Parte D en circunstancias especiales	152
Sección 10 — Programas sobre la seguridad de los medicamentos y su administración.....	153
Capítulo 6 — Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D.....	156
Sección 1 — Introducción	156
Sección 2 — El monto que pagará por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre cuando lo obtenga.....	159
Sección 3 — Le enviaremos informes en los que se expliquen los pagos de sus medicamentos y se le indique en cuál etapa de pago está	159
Sección 4 — No hay deducible para Senior Advantage.....	161
Sección 5 — Durante la etapa de cobertura inicial, nosotros pagamos nuestra parte de los costos de los medicamentos y usted paga la suya	161
Sección 6 — Costos en la etapa de periodo de intervalo en la cobertura	166
Sección 7 — Durante la etapa de cobertura para catástrofes, pagamos el costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.....	167
Sección 8 — Vacunas de la Parte D. Lo que pague dependerá de cómo y dónde los obtenga.....	167
Capítulo 7 — Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos	169
Sección 1 — Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios y medicamentos cubiertos	169
Sección 2 — Cómo solicitar el reembolso o el pago de una factura que recibió	171
Sección 3 — Consideraremos su solicitud de pago y responderemos "sí" o "no"	172

Capítulo 8 — Sus derechos y responsabilidades	173
Sección 1 — Debemos respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro de nuestro plan.	173
Sección 2 — Usted tiene algunas responsabilidades por ser miembro de nuestro plan	179
Capítulo 9 — Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas informales).....	181
Sección 1 — Introducción	181
Sección 2 — Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	182
Sección 3 — ¿Qué proceso debe usar para solucionar su problema?.....	182
Sección 4 — Guía básica sobre apelaciones y decisiones de cobertura	183
Sección 5 — Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión de cobertura	186
Sección 6 — Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	193
Sección 7 — Cómo solicitarnos que cubramos una extensión de la hospitalización si considera que lo está dando de alta muy pronto	203
Sección 8 — Cómo solicitarnos que extendamos la cobertura de ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo.....	209
Sección 9 — Cómo presentar una apelación de Nivel 3 y superior	215
Sección 10 — ¿Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas?	218
Capítulo 10 —Cancelación de su membresía en nuestro plan	222
Sección 1 — Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan.....	222
Sección 2 — ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	222
Sección 3 — ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	224

Sección 4 — Hasta el momento en que finalice su membresía, usted debe seguir obteniendo sus artículos o servicios médicos y sus medicamentos por medio de nuestro plan.....	225
Sección 5 — En ciertas situaciones, debemos cancelar su membresía en nuestro plan	226
Capítulo 11 —Avisos legales	228
Sección 1 — Aviso sobre la ley aplicable	228
Sección 2 — Aviso de no discriminación.....	228
Sección 3 — Aviso sobre los derechos de subrogación de los Pagadores Secundarios de Medicare	228
Sección 4 — Administración de esta Evidencia de Cobertura	229
Sección 5 — Solicitudes y declaraciones	229
Sección 6 — Asignaciones	229
Sección 7 — Honorarios y gastos de abogados y defensores.....	229
Sección 8 — Coordinación de beneficios.....	229
Sección 9 — Responsabilidad del empleador.....	230
Sección 10 — Evidencia de Cobertura obligatoria para los miembros	230
Sección 11 — Responsabilidad de las agencias gubernamentales	230
Sección 12 — Exención de responsabilidad de los miembros	230
Sección 13 — Sin exención.....	230
Sección 14 — Notificaciones	230
Sección 15 — Recuperación de pagos en exceso	231
Sección 16 — Responsabilidad civil de terceros.....	231
Sección 17 — Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU.....	232
Sección 18 — Beneficios por responsabilidad civil del empleador o la compensación del trabajador	232
Sección 19 —Embarazo por encargo de terceros	233
Capítulo 12 —Definición de palabras importantes	234

Capítulo 1 — Introducción para miembros

Sección 1 — Introducción

Sección 1.1 – Los miembros del plan Core están inscritos en Senior Advantage, que es un plan de la HMO de Medicare. Los miembros de los planes Bronze, Silver y Gold están inscritos en Senior Advantage, que es un plan de punto de servicio de la HMO de Medicare.

Usted tiene cobertura de Medicare y ha decidido obtener su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados por medio de nuestro plan, Kaiser Permanente Senior Advantage. Estamos obligados a dar cobertura a todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de atención médica de este plan difieren de Original Medicare.

Senior Advantage es un plan de HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) para los miembros del plan Core, y con una opción de punto de servicio (POS) para los miembros de los planes Bronze, Silver y Gold, aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada. Para los miembros de los planes Bronze, Silver y Gold, punto de servicio significa que puede utilizar proveedores fuera de la red del plan por un costo adicional. (Vea el Capítulo 3, Sección 2.4, para obtener información sobre el uso de la opción de punto de servicio).

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

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

Este documento de **Evidencia de Cobertura** le indica cómo obtener su atención médica y los medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que tiene que pagar como miembro de nuestro plan y cómo presentar una queja informal si no está conforme con una decisión o tratamiento.

En esta **Evidencia de Cobertura** se describen los siguientes planes, que incluyen cobertura para los medicamentos recetados de Medicare Parte D:

- Kaiser Permanente Senior Advantage Core DM (HMO), que en este documento se denomina "**plan Core**".
- Kaiser Permanente Senior Advantage Bronze DM (HMO-POS), que en este documento se denomina "**plan Bronze**".
- Kaiser Permanente Senior Advantage Silver DM (HMO-POS), que en este documento se denomina "**plan Silver**".

- Kaiser Permanente Senior Advantage Gold (HMO-POS), que en este documento se denomina "**plan Gold**".

Si no está seguro de en qué plan está inscrito, por favor, llame a Servicio a los Miembros o consulte la portada de su **Notificación anual de cambios** (o en el caso de los miembros nuevos, el formulario de inscripción o la carta de confirmación de inscripción).

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

Es importante que conozca las reglas de nuestro plan y los servicios que están disponibles para usted. Le recomendamos que se tome tiempo para leer este documento de **Evidencia de Cobertura**.

Si tiene alguna pregunta, duda o inquietud, comuníquese con Servicio a los Miembros.

Sección 1.3 – Información legal acerca de la Evidencia de Cobertura

Esta **Evidencia de Cobertura** forma parte del contrato que establecemos con usted sobre la forma en que cubrimos su atención. Otras partes de este contrato son su formulario de inscripción, nuestra **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de 2024** y cualquier aviso que reciba de nosotros respecto a cambios en su cobertura o en las condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos se llaman en ocasiones **cláusulas para cobertura de cuidados médicos adicionales** o **enmiendas**.

El contrato tendrá vigencia durante los meses en los que usted esté inscrito en Senior Advantage entre el 1.º de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de nuestro plan después del 31 de diciembre de 2024. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año. Usted puede seguir contando cada año con la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando elijamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación de nuestro plan.

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

Sección 2.1 — Sus requisitos de elegibilidad

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

- Usted tenga tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B.
- Usted resida en nuestra área de servicio geográfica (en la Sección 2.2 a continuación, se describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas residan en el área de servicio geográfica aunque se encuentren físicamente en ella.
- Sea ciudadano de los Estados Unidos o tenga presencia legal en los Estados Unidos.

Sección 2.2 — Área de servicio de nuestro plan para Senior Advantage

Nuestro plan solo está disponible para las personas que residen en el área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio de dicho plan. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Colorado: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, Elbert, Gilpin, Jefferson y Park.

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

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

Sección 2.3 — Ciudadano estadounidense o presencia legal en Estados Unidos

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

Sección 3 — Material importante para los miembros que recibirá

Sección 3.1 – Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, tendrá que utilizar su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También deberá mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. La siguiente es una tarjeta de membresía de muestra. Así se verá la suya:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Senior Advantage, es posible que deba pagar de su bolsillo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare también llamados ensayos clínicos.

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

Sección 3.2 – Directorio de Proveedores

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

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

Usted tiene que utilizar proveedores de la red para recibir atención médica y servicios. Si va a cualquier otro sitio sin la debida autorización, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de necesidad urgente cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que nuestro plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Como miembro de nuestros planes Bronze, Silver u Gold, puede elegir recibir parte de su atención de proveedores fuera de la red a través de nuestro beneficio Medicare Explorer de Kaiser Permanente cuando se encuentre fuera de cualquiera de las áreas de servicio de Kaiser Permanente pero dentro de Estados Unidos y sus territorios. Si utiliza un proveedor fuera de la red, el beneficio anual de cobertura asciende a \$1,000. Vea el Capítulo 3, Sección 2.4, Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red, y el Capítulo 4, Sección 2.2, después de la Tabla de Beneficios Médicos, para los detalles de la cobertura fuera de la red y la información sobre los costos compartidos. La lista más reciente de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en kp.org/directory.

Si no tiene el **Directorio de Proveedores**, puede solicitar una copia (electrónica o impresa) a Servicio a los Miembros. Las solicitudes de directorios de proveedores impresos se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

Sección 3.3 – Directorio de Farmacias

En el **Directorio de Farmacias** se enumeran las farmacias de nuestra red. Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir las recetas médicas cubiertas de los miembros del plan. Puede usar el **Directorio de Farmacias** para encontrar la farmacia de la red que desee usar. Vea el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias fuera de la red del plan.

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

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

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

Nuestro plan cuenta con una **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de 2024**. La llamamos "Lista de Medicamentos", para abreviar. En ella, se informa qué medicamentos recetados de la Parte D tienen cobertura en virtud del beneficio de la Parte D que se incluye en nuestro plan. El plan selecciona los medicamentos que aparecen en esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir ciertos requisitos de Medicare. Medicare aprobó la "Lista de Medicamentos" de nuestro plan.

La "Lista de Medicamentos" también le indica si existe alguna regla que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de nuestra "Lista de Medicamentos". Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos tienen cobertura, puede visitar nuestro sitio web (kp.org/seniorrx) o llamar a Servicio a los Miembros.

Sección 4 — Sus costos mensuales de nuestro plan

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- la prima del plan (Sección 4.1)
- la prima mensual de Medicare Parte B (Sección 4.2)
- la prima de los beneficios suplementarios opcionales (Sección 4.3)
- la penalización por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.4)
- el Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los ingresos (Sección 4.5)

En determinadas situaciones, la prima de su plan podría ser menor

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos se incluyen "Extra Help" y los State Pharmaceutical Assistance Programs. En la Capítulo 2, Sección 7, se le brinda más información sobre estos programas. Si usted reúne los requisitos, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si ya está inscrito y obtiene ayuda por parte de uno de estos programas, la información sobre las primas incluida en esta **Evidencia de Cobertura** no se aplica a usted. Le enviamos un anexo por separado, llamado **Cláusula de la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben "Extra Help" para pagar sus medicamentos recetados** (también conocida como LIS), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este anexo, llame a Servicios a los Miembros y pida la Cláusula LIS.

Las primas de Medicare Parte B y Parte D difieren para personas con distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual **Medicare y Usted 2024**, en la sección llamada **Costos de Medicare de 2024**. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede solicitar una copia impresa por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 4.1 – Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual por el plan. La siguiente tabla muestra el monto de la prima mensual de todos los planes que ofrecemos en el área de servicio.

Nombre del plan	Prima del plan
Plan Gold	\$181
Plan Silver del área metropolitana de Denver	\$35.30
Plan Core del área metropolitana de Denver	\$0
Plan Bronze del área metropolitana de Denver	\$0

Si se inscribe para recibir beneficios adicionales, también llamados **beneficios suplementarios opcionales**, pagará una prima mensual adicional por ellos. Vea la Sección 4.3 de este capítulo para obtener los detalles.

Sección 4.2 – Prima mensual de Medicare Parte B

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, usted tiene que seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la prima sin costo de la Parte A.

Sección 4.3 – Prima de los beneficios suplementarios opcionales

Si se inscribe para recibir beneficios adicionales, también llamados **beneficios suplementarios opcionales**, pagará una prima mensual adicional por ellos. Vea el Capítulo 4, Sección 2.3, para obtener los detalles.

La prima mensual para los beneficios suplementarios opcionales (Advantage Plus: Opción 1) es de **\$39**, (Advantage Plus: Opción 2) es de **\$14**, o **\$53** para ambas Opciones 1 y 2.

Sección 4.4 – Penalización por inscripción tardía en la Parte D

Algunos miembros deben pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D. La penalización por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que tiene que pagar por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento, una vez finalizado su periodo de inscripción inicial, hay un periodo de 63 días consecutivos o más en el que no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditada de medicamentos recetados. La cobertura acreditada de medicamentos recetados es aquella que satisface los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos la cantidad equivalente a la de la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la penalización por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura acreditada de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta penalización mientras tenga cobertura de la Parte D.

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

Usted no tendrá que pagarla si:

- Recibe "Extra Help" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha estado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditada.
- Ha tenido cobertura acreditada de medicamentos a través de otra fuente, como un antiguo empleador, sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le indicará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditada. Es posible que esta información se envíe en una carta o se incluya en un boletín del plan. Conserve esta información, ya que es posible que la necesite si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
 - ◆ **Nota:** Cualquier aviso tiene que indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditada que se esperaba que pagara al menos el monto cubierto por el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
 - ◆ **Nota:** Las siguientes no son coberturas acreditadas de medicamentos recetados: tarjetas de descuento de medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web con descuentos para medicamentos.

Medicare establece el monto de la penalización y funciona de la siguiente manera:

- Si estuvo 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditada de medicamentos recetados después de haber sido elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará el número de meses completos que no tuvo cobertura. La sanción equivale al 1 % por cada mes en que no tuvo cobertura acreditada. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. En 2024, el monto de la prima promedio es de \$34.70.
- Para calcular su penalización mensual, multiplique el porcentaje de la penalización por la prima mensual promedio y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo anterior, se multiplicaría 14 % por \$34.70, lo que equivale a \$4.85. Esto se redondea a \$4.90. Este monto se agregaría a la prima mensual de un miembro que tenga que pagar la penalización por inscripción tardía en la Parte D.

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

- El primero es que **la penalización podría cambiar cada año** porque la prima mensual promedio puede modificarse cada año.
- El segundo es que **deberá seguir pagando una penalización** mensual mientras esté inscrito en un plan con beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la penalización por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la penalización por inscripción tardía en la Parte D se basará solo en

los meses que no tenga cobertura después de su periodo de inscripción inicial para inscribirse en Medicare por edad.

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

Sección 4.5 – Monto de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados, tal como figuran en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si este monto supera un determinado valor, usted pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

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

Si no está de acuerdo con el pago del monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 5 – Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 – Hay varias formas de pagar la prima del plan

Puede pagar la prima del plan de cuatro formas.

Opción 1: Pago por cheque

Puede pagar con cheque y enviarnos directamente la prima mensual del plan. Debemos recibir su cheque (u orden de pago) a nombre de "Kaiser Permanente" a más tardar el último día del mes anterior al mes de la cobertura en la siguiente dirección:

Kaiser Permanente
P.O. Box 910374
Denver, CO 80291-0374

Nota: No puede pagar en persona. Si su banco no cubre el pago, le facturaremos a usted un cargo por devolución.

Opción 2: Puede inscribirse para el pago automático mensual

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

- Los fondos se deducen de las cuentas corrientes o de ahorro el día 5 de cada mes de cobertura (por ejemplo, las primas de enero se deducen el 5 de enero).
- Los cargos a las tarjetas de crédito se procesan aproximadamente el día 15 de cada mes para la cobertura del mes siguiente (por ejemplo, las primas de enero se cobran el 15 de diciembre).
- Para elegir la opción 2 o para cambiar la información de la cuenta o de la tarjeta de crédito, debe completar el formulario de selección de pago. Por favor, llame a Servicio a los Miembros para saber cómo comenzar o detener los pagos automáticos de la prima del plan, así como otros detalles sobre esta opción.

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

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

Puede realizar un pago único, los 7 días de la semana, las 24 horas del día en línea, en kp.org/payonline o llamando al **1-877-729-5590**.

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

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

Modificación de la forma de pago de su prima del plan

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

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

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

Debemos recibir el pago de la prima del plan en nuestras oficinas antes del último día del mes anterior al mes de cobertura. Si no recibimos el pago antes del último día del mes anterior al mes de la cobertura (o del día 5 del mes de cobertura si el pago se deduce de su cuenta bancaria), le enviaremos un aviso para informarle cuánto debe.

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

Si tiene problemas para pagar la prima a tiempo, comuníquese con Servicio a los Miembros para ver si podemos remitirle a alguno de los programas que le ayudarán con sus costos.

Si cree que hemos cancelado su membresía injustamente, puede presentar una queja informal (también llamada queja formal); vea el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja informal. Si ha tenido una circunstancia de emergencia que escapaba a su control y le ha impedido pagar la prima de su plan dentro de nuestro periodo de gracia, puede presentar una queja informal. En caso de una queja informal, revisaremos de nuevo nuestra decisión. En el Capítulo 9, Sección 10, de este documento se explica cómo presentar una queja informal, o puede llamarnos al **1-800-476-2167** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Debe presentar la solicitud no más de 60 días después de la fecha en que termine su membresía.

Sección 5.2 – ¿Podemos cambiar el monto de la prima mensual del plan durante el año?

No. No podemos cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si esta prima se modifica para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigor a partir del 1.º de enero.

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

Sección 6 — Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

El registro de su membresía incluye información que usted proporciona en el formulario de inscripción, como su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica del plan, incluido su proveedor de atención primaria.

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

Infórmenos de los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguros médico que tenga (como de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, de la compensación del trabajador o de Medicaid).
- Si tiene reclamos por responsabilidad, como reclamos por un accidente de automóvil.
- Si ha ingresado a un centro de adultos mayores y personas con discapacidad.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la persona designada como responsable de usted (su cuidador, por ejemplo).
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le animamos a que lo haga).

Si una parte de esta información cambia, háganoslo saber llamando a Servicio a los Miembros.

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

Sección 7 — Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare exige que reunamos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que recibe por parte de nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con una lista de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que sepamos que usted tiene. Le pedimos que lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada más. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicio a los Miembros. Es posible que necesite proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores

(una vez que usted haya confirmado la identidad de estos) a fin de que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

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

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

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

- seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- beneficios por neumoconiosis
- compensación del trabajador

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

Capítulo 2 — Números de teléfono y recursos importantes

Sección 1 — Comunicación con Kaiser Permanente Senior Advantage (cómo comunicarse con nosotros, incluido Servicio a los Miembros)

Cómo comunicarse con Servicio a los Miembros de nuestro plan

Si necesita ayuda con un reclamo o la facturación, o tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de membresía, llame o escriba a Servicio a los Miembros de Senior Advantage. Nos dará mucho gusto poder ayudarle.

MÉTODO	Servicio a los Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-800-476-2167 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 sin costo para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
ESCRIBA A	Kaiser Permanente Member Services P.O. Box 378066 Denver, CO 80237-8066
SITIO WEB	kp.org/espanol

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre el monto que pagaremos por los servicios médicos que reciba. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9, "Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas informales)".

MÉTODO	Decisiones de cobertura sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-800-476-2167 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

MÉTODO	Decisiones de cobertura sobre atención médica: información de contacto
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-866-529-0934
ESCRIBA A	Utilization Management Kaiser Foundation Health Plan of Colorado Waterpark I 2500 South Parker Road Aurora, CO 80014-1622
SITIO WEB	kp.org/espanol

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

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

MÉTODO	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-888-791-7255 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-844-403-1028
ESCRIBA A	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
SITIO WEB	kp.org/espanol

1-800-476-2167 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una queja informal sobre su atención médica

Puede presentar una queja informal sobre nosotros o sobre uno de los proveedores de la red, incluida una queja informal sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no abarca disputas sobre pagos ni cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja informal sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9, "Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas informales)".

MÉTODO	Quejas informales sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-800-476-2167 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-866-466-4042
ESCRIBA A	Kaiser Permanente Member Relations P.O. Box 378066 Denver, CO 80237-8066
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja informal en línea ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una queja sobre los medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de las farmacias de la red, incluida una queja sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no abarca disputas sobre pagos ni cobertura. (Si el problema se relaciona con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la siguiente sección sobre cómo presentar una apelación).

Para obtener más información sobre cómo presentar quejas acerca de los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9, "Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas informales)".

MÉTODO	Quejas informales sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-800-476-2167 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-866-466-4042
ESCRIBA A	Kaiser Permanente Member Relations P.O. Box 378066 Denver, CO 80237-8066
SITIO WEB	kp.org/espanol
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja informal en línea ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9, "Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas informales)".

MÉTODO	Apelaciones sobre la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-800-476-2167 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-866-466-4042

1-800-476-2167 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

MÉTODO	Apelaciones sobre la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
SITIO WEB	kp.org/espanol
ESCRIBA A	Kaiser Permanente Member Relations P.O. Box 378066 Denver, CO 80237-8066

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

Si ha recibido una factura o ha pagado por unos servicios (por ejemplo, la factura de un proveedor) que usted cree que deberíamos pagar nosotros, es posible que tenga que solicitarnos el reembolso o el pago de la factura del proveedor. Vea el Capítulo 7: "Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos".

Tenga en cuenta lo siguiente: si nos envía una solicitud de pago y nosotros rechazamos cualquiera de las partes de esta, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9, "Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas informales)".

MÉTODO	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	1-800-476-2167 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
ESCRIBA A	Kaiser Permanente Claims Department Colorado Region P.O. Box 373150 Denver, CO 80237-3150
SITIO WEB	kp.org/espanol

Sección 2 — Medicare (¿Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare?)

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

MÉTODO	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número no tienen costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla. Las llamadas a este número no tienen costo.
SITIO WEB	www.Medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le ofrece información actualizada y noticias actuales sobre Medicare. También contiene datos sobre hospitales, centros de adultos mayores, médicos, agencias de atención de salud domiciliaria y centros de diálisis. Contiene documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también ofrece información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y sus opciones de inscripción por medio de las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de Elegibilidad para Medicare: Proporciona información sobre el estado de la elegibilidad para Medicare.• Buscador de Planes de Medicare: Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados disponibles de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas le ofrecen un cálculo aproximado de cuáles podrían ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre nuestro plan:

MÉTODO	Medicare: información de contacto
	<ul style="list-style-type: none"> • Hágale saber a Medicare sobre su queja informal: puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja informal ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare trata las quejas con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <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. También puede llamar a Medicare y solicitar la información que necesite. Ellos buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

Sección 3 — State Health Insurance Assistance Program (ayuda sin costo, información y respuestas a las preguntas que tenga sobre Medicare)

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En Colorado, el SHIP se denomina Colorado State Health Insurance Assistance Program ("Colorado SHIP").

Colorado SHIP es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoría local sin costo sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

Los asesores de Colorado SHIP pueden ayudarle a entender sus derechos de Medicare, ayudarle a presentar quejas informales sobre su atención médica o tratamiento, y ayudarle a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de Colorado SHIP también pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder a preguntas sobre el cambio de planes.

Método de acceso al SHIP y otros recursos:

- Visite <https://www.shiphelp.org>. Haga clic en "**SHIP Locator**" (Localizador de SHIP) que se encuentra en medio de la página.
- Seleccione su estado de la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

MÉTODO	Colorado State Health Insurance Assistance Program: información de contacto
LLAME AL	1-888-696-7213
ESCRIBA A	SHIP, Colorado Division of Insurance 1560 Broadway St., Ste. 850 Denver, CO 80202
SITIO WEB	https://doi.colorado.gov/insurance-products/health-insurance/senior-health-care-medicare

Sección 4 — Organización para el Mejoramiento de la Calidad

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

KEPRO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por Medicare para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe contactar con KEPRO en cualquiera de las siguientes situaciones:

- si tiene una queja informal sobre la calidad de la atención que recibió
- si considera que la cobertura para su hospitalización termina demasiado pronto
- si considera que la cobertura de sus servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención brindada en un centro de enfermería especializada o servicios proporcionados en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) termina demasiado pronto

MÉTODO	KEPRO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Colorado): información de contacto
LLAME AL	1-888-317-0891 Las llamadas a este número no tienen costo. De lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m.; fines de semana y días festivos, de 11 a. m. a 3 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	KEPRO 5201 West Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com

1-800-476-2167 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Sección 5 — Seguro Social

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

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

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

MÉTODO	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número no tienen costo. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social las 24 horas del día para escuchar información grabada y realizar algunos trámites.
TTY	1-800-325-0778 Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla. Las llamadas a este número no tienen costo. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

Sección 6 — Medicaid

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

Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como las primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorro de Medicare** incluyen:

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB):** ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, así como otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Algunas personas que tienen QMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid (QMB+).
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. Algunas personas que participan en el programa SLMB también reúnen los requisitos para recibir todos los beneficios de Medicaid (SLMB+).
- **Qualifying Individual (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Qualified Disabled & Working Individuals (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Comuníquese con Health First Colorado (Medicaid) para obtener más información sobre Medicaid y sus programas.

MÉTODO	Health First Colorado (programa de Medicaid de Colorado): información de contacto
LLAME AL	1-800-221-3943 Las llamadas a este número no tienen costo. De lunes a viernes, 8 a. m. a 4:30 p. m., excepto días festivos estatales.
TTY	711
ESCRIBA A	Department of Health Care Policy and Financing 1570 Grant Street Denver, CO 80203
SITIO WEB	www.healthfirstcolorado.com

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

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

Programa "Extra Help" de Medicare

Medicare ofrece el programa "Extra Help" para pagar los medicamentos recetados a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen ahorros e inversiones en acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si usted califica, recibirá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos por medicamentos recetados de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta ayuda que recibe por medio del programa "Extra Help" también cuenta para el cálculo de los gastos de bolsillo.

Si usted califica automáticamente para recibir "Extra Help", Medicare le enviará una carta por correo postal. No tendrá que solicitarlo. Si usted no califica automáticamente, es posible que pueda obtener "Extra Help" para pagar los costos y las primas de sus medicamentos recetados. Para saber si reúne los requisitos para obtener ayuda por medio del programa "Extra Help", llame a:

- **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- La Oficina del Seguro Social al **1-800-772-1213**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778** (solicitudes), o
- La oficina estatal de Medicaid (solicitudes) (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si considera que califica para "Extra Help" y cree que está pagando un monto incorrecto de costo compartido cuando recibe sus medicamentos recetados en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago correcto, o bien, si usted ya tiene evidencia, para enviárnosla.

Si no está seguro sobre qué evidencia proporcionarnos, comuníquese con una farmacia de la red o a Servicio a los Miembros. Generalmente, es una carta de la oficina estatal de Medicaid o del Seguro Social que confirma que usted reúne los requisitos para participar en el programa "Extra Help". También puede ser un documento expedido por el estado que contenga su información de elegibilidad relacionada con los servicios en el hogar y la comunidad.

Es posible que usted o su representante designado deba proporcionar la evidencia a una farmacia de la red cuando adquiera medicamentos recetados cubiertos de la Parte D, de tal forma que podamos cobrarle el monto adecuado del costo compartido hasta que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualicen sus registros para que su estado actual se vea reflejado. Una vez que los CMS actualicen sus registros, ya no necesitará presentar la evidencia

en la farmacia. Proporcione su evidencia de una de las siguientes maneras para que podamos reenviarla a los CMS, a fin de que se haga la actualización correspondiente:

- Escriba a Kaiser Permanente:
California Service Center
Attn: Best Available Evidence
P.O. Box 232407
San Diego, CA 92193-2407
- Envíela por fax al **1-877-528-8579**.
- Llévela a una farmacia de la red.

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

¿Qué ocurre si tiene cobertura de un State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen ayuda para pagar las primas del plan de medicamentos recetados u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) u otro programa que proporciona cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea "Extra Help"), usted igualmente obtiene el 70 % de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % del costo de los medicamentos de marca en el periodo de intervalo en la cobertura. El 70 % de descuento y el 5 % que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes que la cobertura del SPAP u otra cobertura.

¿Qué ocurre si tiene cobertura de un AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?

¿Qué es el AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?

El AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ayuda a las personas con VIH o SIDA que reúnen los requisitos a que tengan acceso a medicamentos que salvan vidas contra el VIH. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están en la lista de medicamentos recetados disponibles cubiertos del ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través de Bridging the Gap Colorado. **Nota:** Para reunir los requisitos para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con determinados requisitos, que incluyen presentar un comprobante de residencia en el estado y del estado del VIH, contar con ingresos bajos según lo defina el estado y tener un estado de no asegurado o con cobertura insuficiente.

Si usted cambia de plan, comuníquese al representante local del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Bridging the Gap Colorado al **1-303-692-2716**.

State Pharmaceutical Assistance Programs

Muchos estados tienen State Pharmaceutical Assistance Programs que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad, condición médica o discapacidades. Cada estado tiene reglas diferentes para brindar cobertura de medicamentos para sus miembros.

En Colorado, el State Pharmaceutical Assistance Program se llama Bridging the Gap (SPAP/BTG).

MÉTODO	State Pharmaceutical Assistance Program o Bridging the Gap (SPAP/BTG): información de contacto
LLAME AL	1-303-692-2716 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
ESCRIBA A	State Pharmaceutical Assistance Program o Bridging the Gap (SPAP/BTG) ADAP-3800 4300 Cherry Creek Drive South Denver, Colorado 80246-1530
SITIO WEB	State Drug Assistance Program (SDAP) Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado (colorado.gov)

Sección 8 — Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios

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

MÉTODO	Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número no tienen costo. Si marca "0", puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m., los miércoles. Si marca "1", puede acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y a la información grabada, las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.

MÉTODO	Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios: información de contacto
TTY	1-312-751-4701 Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla. Las llamadas a este número tienen costo.
SITIO WEB	rrb.gov/

Sección 9 —¿Tiene un seguro de grupo u otro seguro médico por parte de un empleador?

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

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

Capítulo 3 — Cómo usar nuestro plan para obtener sus servicios médicos

Sección 1 — Lo que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan

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

Para obtener más información sobre qué tipo de atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto debe pagar cuando recibe esta atención, consulte la "Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)" que aparece en el capítulo siguiente, el Capítulo 4.

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

- **Los proveedores** son los médicos y profesionales de la salud que están autorizados por el estado para proporcionar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los proveedores de la red** son los médicos y profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago completo. Tenemos un acuerdo con estos proveedores para que proporcionen servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan. Cuando visita a un proveedor de la red, usted solo paga su parte del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención para la salud, los suministros, el equipo y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios de atención médica cubiertos se encuentran enumerados en la Tabla de beneficios, en el Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos recetados se tratan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 — Reglas básicas para que nuestro plan cubra su atención médica

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

En general, cubriremos la atención médica que usted recibe si:

- **La atención que recibe está incluida en la Tabla de Beneficios Médicos de nuestro plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe se considera necesaria desde el punto de vista médico.** Necesario desde el punto de vista médico significa que los servicios, suministros, equipo o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que le brinda atención médica y la supervisa. Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - ◆ En la mayoría de los casos, el PCP de la red debe darle su referencia por adelantado antes de que pueda usar otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le llama darle un referido. Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - ◆ No se requiere que su PCP le proporcione un referido para recibir atención de emergencia o servicios de urgencia. Además, hay otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP (para obtener más información, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (es decir, que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. Las siguientes son cinco excepciones:
 - ◆ Cubrimos la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y para averiguar a qué nos referimos con servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - ◆ Si necesita atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que presten esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que paga normalmente dentro de la red si autorizamos los servicios antes de que reciba la atención. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si hubiera recibido la atención de uno de los proveedores de la red. Para obtener información sobre la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - ◆ Cubrimos los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de atención de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera de nuestra área de servicio o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible temporalmente o no pueda acceder a él. Los costos compartidos que usted paga al plan por la diálisis nunca pueden superar los costos compartidos de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor fuera de la red del plan, sus costos compartidos no pueden superar los costos compartidos que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.
 - ◆ En el caso de los miembros Bronze, Silver y Gold, si reciben servicios fuera del área de servicio de Kaiser Permanente, pero dentro de los Estados Unidos o sus territorios, proporcionaremos cobertura limitada a través de nuestro beneficio Medicare Explorer de Kaiser Permanente para la atención preventiva, rutinaria, de seguimiento y continua

obtenida de proveedores fuera de la red (para obtener más información, vea la Capítulo 4, Sección 2.2 después de la Tabla de Beneficios Médicos).

- ◆ Si recibe atención de proveedores de la red en otras regiones de Kaiser Permanente que se mencionan en la Sección 2.3 de este capítulo.

Sección 2 — Use los proveedores de la red para obtener atención médica

Sección 2.1 – Usted debe escoger un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinde atención médica y la supervise

¿Qué es un PCP y qué hace el PCP por usted?

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

Su PCP brinda, receta o autoriza servicios cubiertos necesarios desde el punto de vista médico. Su PCP le brindará la mayoría de su atención básica o de rutina y le proporcionará un referido, según sea necesario, para ver a otros proveedores de la red para que reciba otra atención que necesite. Por ejemplo, para consultar a un especialista, normalmente deberá obtener en primer lugar la aprobación de su PCP (es decir, obtener un "referido" para un especialista). Hay algunos tipos de servicios cubiertos que puede obtener por su cuenta sin consultar primero a su PCP (consulte la Sección 2.2 de este capítulo).

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

¿Cómo elegir o cambiar su PCP?

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

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento de entre nuestros PCP disponibles, incluso si necesita seleccionar un nuevo PCP porque su PCP ya no es parte de nuestra red de proveedores. Su elección de PCP entrará en vigor de inmediato.

Para elegir o cambiar de PCP, llame a nuestro número de selección de médico personal al **1-855-208-7221 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 5:30 p. m. Ellos podrán informarle si el PCP al que quiere cambiar está aceptando pacientes nuevos. También puede hacer su elección en kp.org/chooseyourdoctor.

Cuando llame, díganos si está consultando a especialistas o si está recibiendo otros servicios cubiertos que necesiten la aprobación de su PCP (como servicios de salud domiciliaria y equipo médico duradero) para que podamos decirle si necesita un referido de su nuevo PCP para continuar los servicios. Además, en caso de que usted quiera acudir a un determinado especialista u hospital de la red, consulte con nosotros para saber si su PCP hace referidos a ese especialista o usa ese hospital.

Consulte nuestro **Directorio de Proveedores** o llame a Servicio a los Miembros para obtener más información sobre cómo seleccionar un PCP.

Sección 2.2 – ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin ser referido por su PCP?

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

- Atención de rutina de salud de la mujer, que incluye exámenes del seno, mamografías de diagnóstico (radiografías del seno), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando la reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe (influenza), COVID-19, Hepatitis B y neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente, no se puede acceder a ellos o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de atención de diálisis con certificación de Medicare cuando esté temporalmente fuera de nuestra área de servicio. (Si es posible, llame a Servicio a los Miembros antes de abandonar el área de servicio, para que podamos ayudarle a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera).
- Consultas o visitas de rutina a departamentos de atención especializada dentro de la red, excepto en el Departamento de Anestesia para el Dolor Clínico.
- Segundas opiniones de otro proveedor de la red.
- Servicios de atención de salud mental o de abuso de sustancias, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Atención preventiva, excepto los lavativos de bario, siempre y cuando los obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios quiroprácticos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Exámenes de los ojos y de audición de rutina, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.

- Atención de rutina cubierta de un médico de Colorado Permanente Medical Group (CPMG) en cualquier consultorio médico de Kaiser Permanente en nuestras áreas de servicio del Sur o el Norte de Colorado. Nota: No puede obtener atención de rutina de los proveedores dentro de la red afiliados en las áreas de servicio del Sur o el Norte de Colorado.

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

Un especialista es un médico que presta servicios de atención para la salud para el tratamiento de una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Existen muchos tipos de especialistas. A continuación, se mencionan algunos ejemplos:

- oncólogos, que atienden a los pacientes que tienen cáncer;
- cardiólogos, que atienden a los pacientes que tienen enfermedades del corazón;
- ortopedistas, que atienden a los pacientes que tienen ciertos trastornos óseos, musculares o de las articulaciones.

Referidos de su PCP

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

Referidos a proveedores de la red

Cuando su PCP le receta atención que no está disponible con un PCP (por ejemplo, atención especializada), él o ella le proporcionará un referido para consultar a un especialista de la red u otro proveedor de la red según sea necesario. Si su PCP lo refiere a un especialista de la red, el referido será para un plan de tratamiento específico. Su plan de tratamiento puede incluir un referido abierto si se le receta atención continua del especialista. Le enviaremos un referido 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 el referido escrito 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 referido. De otro modo, es posible que los servicios no se cubran.

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

Autorización previa

Para los artículos y servicios que se mencionan a continuación, su proveedor de la red necesitará obtener la aprobación de nuestro plan por adelantado (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 no está de acuerdo con las decisiones sobre autorizaciones, puede presentar una apelación como se describe en el Capítulo 9.

- Los servicios y artículos identificados en el Capítulo 4 con una nota al pie de página (†).
- Para cierta atención especializada de la red, su PCP debe solicitar que autoricemos el referido antes de que pueda consultar al proveedor de atención especializada de la red. Si autorizamos el referido, será para un plan de tratamiento específico como se explicó anteriormente (consulte "Referidos a especialistas" para obtener los detalles).
- Si el proveedor de la red determina que usted requiere servicios cubiertos que no están disponibles en nuestra red de proveedores, este hará la recomendación al plan de salud de que usted sea referido a un proveedor fuera de la red, dentro o fuera de nuestra área de servicio. La persona designada por el plan de salud 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. Los referidos a proveedores fuera de la red serán para un plan de tratamiento específico, que puede incluir un referido abierto si se requiere atención continua. Especifica la duración del referido sin tener que obtener una aprobación adicional de nuestra parte. Hable con su proveedor de la red para saber qué servicios se autorizaron si no está seguro. Si el especialista fuera de la red quiere que usted continúe recibiendo más atención, asegúrese de que el referido cubra la atención adicional. Si no es así, comuníquese con su proveedor de la red.
- Después de que nos notifiquen que usted necesita atención de postestabilización por parte de un proveedor fuera de la red tras recibir atención de emergencia, comentaremos su afección con el proveedor fuera de la red. Si decidimos que usted necesita atención de postestabilización y que la atención estaría cubierta si la recibiera de un proveedor de la red, autorizaremos la atención por parte de un proveedor fuera de la red únicamente si no podemos hacer los arreglos necesarios para que la reciba de un proveedor de la red (u otro proveedor designado). Para obtener más información, consulte la Sección 3.1 de este capítulo.
- Cirugía de cambio de sexo necesaria desde el punto de vista médico y procedimientos relacionados.
- Cirugía bariátrica necesaria desde el punto de vista médico.
- Atención de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud descrita en la Sección 6 de este capítulo.
- Si su proveedor de la red lo refiere por escrito para que le hagan un trasplante, autorizaremos los servicios si se determina que son necesarios desde el punto de vista médico y si tienen cobertura de acuerdo con las pautas de Medicare.

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

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

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar en el transcurso del año, Medicare requiere que le proporcionemos un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandonará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.

- ◆ Si su proveedor de atención primaria o de salud del comportamiento abandona nuestro plan, le notificaremos si lo ha atendido el proveedor en los últimos tres años.
- ◆ Si cualquier de sus otros proveedores abandonan nuestro plan, se lo notificaremos si está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención del proveedor o si lo atendió en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos para seleccionar a un proveedor dentro de la red calificado al cual posiblemente tenga acceso para recibir atención continua.
- Si actualmente recibe tratamiento médico o terapia con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar que continúe el tratamiento o la terapia necesarios desde el punto de vista médico que está recibiendo.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes periodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Organizaremos cualquier beneficio cubierto necesario desde el punto de vista médico fuera de nuestra red de proveedores, pero con un costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuada para satisfacer sus necesidades médicas. La persona designada por el plan de salud 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. Los referidos a proveedores fuera de la red serán para un plan de tratamiento específico, que puede incluir un referido abierto si se requiere atención continua. Especifica la duración del referido sin tener que obtener una aprobación adicional de nuestra parte. Hable con su proveedor de la red para saber qué servicios se autorizaron si no está seguro. Si el especialista fuera de la red quiere que usted continúe recibiendo más atención, asegúrese de que el referido cubra la atención adicional. Si no es así, comuníquese con su proveedor de la red.
- Si se entera de que su médico o especialista va a abandonar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un proveedor nuevo que administre su atención médica.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para sustituir a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja informal sobre la calidad de la atención ante la (QIO), una queja formal sobre la calidad de la atención a nuestro plan, o ambas. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 – Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

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

- Servicios de emergencia o de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y saber a qué nos referimos con servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Autorizamos los referidos a proveedores fuera de la red de acuerdo con lo que se establece en la Sección 2.3 de este capítulo.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de atención de diálisis con certificación de Medicare cuando esté 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 cubiertos de acuerdo con esta **Evidencia de Cobertura** de los proveedores designados en esa área de servicio. Llame a nuestra línea de atención fuera de casa 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/viajero** para obtener más información sobre cómo recibir atención cuando visite las áreas de servicio de otras regiones de Kaiser Permanente, incluida la información de cobertura y la ubicación de los centros de atención. Kaiser Permanente se ubica en California, Colorado, el Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia y Washington. **Nota:** Nuestra línea de atención fuera de casa para viajeros también puede responder preguntas sobre los servicios de atención de emergencia o de urgencia cubiertos que reciba fuera de la red, entre ellas cómo obtener un reembolso.
- Para los miembros de los planes Bronze, Silver y Gold, los servicios cubiertos por el beneficio del punto de servicio (POS) de Medicare Explorer de Kaiser Permanente se describen a continuación.

Beneficio del punto de servicio (POS) para los miembros de los planes Bronze, Silver y Gold

- Para los miembros de los planes Bronze, Silver y Gold, este plan incluye un beneficio de punto de servicio (POS) llamado Medicare Explorer de Kaiser Permanente. Esto significa que, como miembro de nuestro plan, cuando reciba servicios fuera de cualquier área de servicio de Kaiser Permanente, pero dentro de Estados Unidos y sus territorios, puede elegir recibir parte de su atención a pacientes ambulatorios de proveedores fuera de la red hasta el monto de cobertura anual del beneficio. Para obtener información sobre los servicios a pacientes ambulatorios cubiertos y los costos compartidos, vea el Capítulo 4, después de la Tabla de Beneficios Médicos.
- Estas son otras cosas importantes que debe saber sobre el uso de proveedores fuera de la red bajo este beneficio del POS de Medicare Explorer de Kaiser Permanente:
 - ◆ No todos los servicios cubiertos por los beneficios de nuestro plan de la HMO están cubiertos por el beneficio del POS de Medicare Explorer de Kaiser Permanente. Por ejemplo, la atención para pacientes hospitalizados no está cubierta por Medicare Explorer de Kaiser Permanente.
 - ◆ El beneficio del POS de Medicare Explorer de Kaiser Permanente tiene un monto anual de beneficios de cobertura, lo que significa que usted es responsable de todos los costos de los servicios que excedan el monto anual de los beneficios de cobertura. El monto anual de beneficios de cobertura es el monto máximo en dólares que nuestro plan pagará a los proveedores fuera de la red por sus servicios cubiertos.
 - ◆ Sus costos compartidos bajo el beneficio del POS de Medicare Explorer de Kaiser Permanente no se aplican a los gastos máximos de bolsillo (MOOP).
 - ◆ Puede recibir los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participe en Medicare. Si usted recibe un servicio de un proveedor que no participa en Medicare, el reembolso se basará en el horario de pago de Medicare. Es posible que tenga que pagar el costo total del servicio en el lugar donde lo recibe y presentar un reclamo de reembolso.

Consulte a su proveedor antes de recibir los servicios para confirmar que participa en Medicare, o visite **Medicare.gov** para obtener una lista de los proveedores de Medicare elegibles.

- ◆ No necesita obtener un referido o autorización previa cuando obtenga atención de proveedores fuera de la red. No obstante, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red, puede llamar a Servicio a los Miembros para comunicarnos que va a utilizar un proveedor fuera de la red y para confirmar que los servicios que va a obtener están cubiertos. Esto es importante porque si más adelante determinamos que los servicios no están cubiertos (por ejemplo, si no eran médicamente necesarios), podemos denegar la cobertura y usted será responsable de todo el costo. Si le denegamos el pago de los servicios que recibe, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Vea el Capítulo 9 para saber cómo presentar una apelación.
- ◆ El proveedor que elija puede presentar el reclamo en su nombre. Si el proveedor no presenta un reclamo en su nombre, tendrá que presentarnos usted un reclamo para obtener el reembolso. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo, vea el Capítulo 7, Sección 2. Usted es responsable de todos los cargos y tiene que presentarnos un reclamo para que le reembolsemos los servicios cubiertos.

Sección 3 — Cómo obtener servicios en caso de emergencia, necesidad urgente de atención o durante un desastre

Sección 3.1 – Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué deberá hacer en caso de tener una?

Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento medio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un nonato), la pérdida de un miembro o de la función de un miembro, o la pérdida o disfunción grave de una función del organismo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si la necesita. No es necesario que obtenga antes una autorización o un referido del PCP. No es necesario que utilice un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia con cobertura cuando la necesite, dentro y fuera de los Estados Unidos.
- **Asegúrese de que se notifique a nuestro plan sobre la emergencia lo antes posible.** Necesitaremos hacer un seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos, por lo general, dentro de un plazo de 48 horas, para informarnos sobre la atención de emergencia. El número al que debe llamar se encuentra en el dorso de la tarjeta de membresía del plan.

¿Qué servicios están cubiertos durante una emergencia médica?

Nuestros planes cubren los servicios de ambulancia en los casos en los que el traslado a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en riesgo su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

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

Colaboraremos con los médicos que le proporcionan la atención de emergencia para ayudar en la administración y el seguimiento de sus cuidados. Después de ese momento, tiene derecho a acceder a la atención de seguimiento para asegurarse de que su condición continúe estando estable. Sus médicos seguirán tratándole hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para cuidados adicionales. Cubriremos la atención de postestabilización de seguimiento, según las pautas de Medicare. Es muy importante que su proveedor nos llame para obtener autorización para la atención de postestabilización antes de que usted reciba la atención del proveedor fuera de la red. En la mayoría de los casos, usted será responsable de los costos únicamente si el proveedor fuera de la red o nosotros le informamos acerca de su posible responsabilidad.

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

¿Qué sucede si en realidad no se trataba de una emergencia médica?

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

Sin embargo, después de que el médico determine que no fue una emergencia, cubriremos la atención adicional solamente si la recibe de alguna de las siguientes dos formas:

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

Sección 3.2 – Cómo recibir atención cuando necesita servicios de urgencia

¿Qué son los servicios de urgencia?

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

Sabemos que, a veces, es difícil saber qué tipo de atención necesita. Por esta razón, contamos con un servicio telefónico de enfermeros de consulta para ayudarle. Los enfermeros de consulta

son enfermeros titulados que recibieron una capacitación especial para ayudar a evaluar los síntomas médicos y brindar consejos por teléfono, siempre que sea apropiado desde el punto de vista médico. Ya sea que llame para pedir un consejo o programar una cita, puede hablar con un enfermero de consulta.

Con frecuencia, estos enfermeros pueden responder preguntas sobre problemas menores, indicarle qué hacer si un centro de atención de la red está cerrado o aconsejarle qué hacer a continuación, como hacer una cita de atención de urgencia para el mismo día, si es aconsejable desde el punto de vista médico. Para hablar con un enfermero de consulta las 24 horas del día, los 7 días de la semana o hacer una cita, llame al **1-800-218-1059 (TTY 711)**.

Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia y 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.

Sección 3.3 – Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador del estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir atención de nuestra parte.

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

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con un costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte más información en la Capítulo 5, Sección 2.5 del Capítulo 5.

Sección 4 — ¿Qué tiene que hacer si le facturan directamente el costo total de sus servicios?

Sección 4.1 – Puede pedirnos que paguemos la parte del costo que nos corresponde de los servicios cubiertos

Si ha pagado más del costo compartido del plan por los servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, vea el Capítulo 7, "Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos", para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 – Si los servicios no están cubiertos por el plan, usted deberá pagar el costo total

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

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

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

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es un método que usan los médicos y los científicos para probar nuevos tipos de atención médica, como la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Medicare aprueba determinados estudios de investigación clínica. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar la participación de voluntarios en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted manifieste su interés, alguien que trabaje en él se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple los requisitos establecidos por los científicos que lo llevan a cabo. Puede participar en un estudio siempre y cuando reúna los requisitos para este, y entienda y acepte completamente lo que implica participar.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos comunica que participa en un ensayo clínico cualificado, usted solo será responsable de los costos compartidos dentro de la red correspondientes a los servicios de dicho ensayo. Si ha pagado más (por ejemplo, si ya ha pagado el costo compartido de Original Medicare) le reembolsaremos la diferencia entre lo que ha pagado y el costo compartido dentro de la red. No obstante, tendrá que presentar documentación que nos muestre cuánto pagó. Mientras esté en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio del plan.

Si desea participar en algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos lo comunique ni que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. No es necesario que los proveedores que lo atienden como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. Tome en cuenta que esto no incluye beneficios por los cuales es responsable nuestro plan, que incluyen, como un componente, un ensayo clínico o el registro para la evaluación del beneficio. Esto incluye ciertos beneficios que se especifican en conformidad con las determinaciones de cobertura nacional (NCD) y los ensayos de

dispositivos en investigación (IDE) y es posible que estén sujetos a una autorización previa y otras reglas del plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para afiliados de Medicare Advantage por Original Medicare, le recomendamos que nos lo comunique con antelación cuando elija participar en ensayos clínicos cualificados de Medicare.

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

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

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

- alojamiento y comida para una hospitalización que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio
- una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación
- el tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones asociados al nuevo tipo de atención

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. No obstante, debe presentar la documentación que muestre los costos compartidos que ha pagado. Para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago, vea el Capítulo 7.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: supongamos que usted debe hacerse un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. También supongamos que su parte de los costos para esta prueba es de \$20 de acuerdo con Original Medicare, pero la prueba costaría \$10 en virtud de los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Original Medicare. A continuación, deberá notificar a su plan que ha recibido un servicio de ensayo clínico cualificado y presentar la documentación, como la factura del proveedor, al plan. En ese caso, el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, el mismo monto que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, tiene que presentar la documentación, como la factura del proveedor, a su plan.

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

- En general, Medicare no pagará el artículo o servicio nuevo que se investiga en el estudio, a menos que este artículo o servicio tuviera cobertura de Medicare incluso si usted no participara en un estudio.

- Los artículos o servicios que reciba únicamente para obtener información y que no se usen para la atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas mensuales que formen parte del estudio si el tratamiento de su condición médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Desea saber más?

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

Sección 6 — Reglas para obtener atención en una institución religiosa no médica de atención para la salud

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

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

Sección 6.2 – Cómo recibir atención de una institución religiosa no médica de atención para la salud

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

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

Para estar cubierta por nuestro plan, la atención que reciba en una institución religiosa no médica de atención para la salud debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe tener la certificación de Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de los servicios que reciba se limita a aspectos no religiosos de la atención.

- Si usted recibe servicios de este tipo de instituciones en un centro de atención, aplican las siguientes condiciones:
 - ◆ Debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención para pacientes hospitalizados o de atención en un centro de enfermería especializada.
 - ◆ Y debe obtener una aprobación por adelantado de nuestro plan antes de que lo admitan al centro de atención; de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Nota: Los servicios cubiertos están sujetos a los mismos límites y costos compartidos requeridos para los servicios que proporcionan los proveedores de la red, según se especifica en el Capítulo 4 y Capítulo 12.

Sección 7 — Reglas de titularidad del equipo médico duradero

Sección 7.1 – ¿Será dueño del equipo médico duradero después de que realice un cierto número de pagos en nuestro plan?

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

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son dueñas del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de nuestro plan, no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente del número de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras pertenecía a nuestro plan, tendrá que hacer 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiarse a Original Medicare para ser dueño del artículo. Los pagos efectuados mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Ha efectuado 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y después se ha inscrito en nuestro plan. Los pagos que haya efectuado en Original Medicare no cuentan. Tendrá que realizar 13 pagos a nuestro plan antes de poseer el artículo.

Ejemplo 2: Ha efectuado 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y después se ha inscrito en nuestro plan. Estuvo en nuestro plan pero no obtuvo la titularidad mientras estaba en nuestro plan. Después, volvió a Original Medicare. Tendrá que efectuar 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que vuelva a inscribirse en Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sean a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

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

¿A cuáles beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, nuestro plan cubrirá:

- la renta de equipos de oxígeno
- el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- los tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- el mantenimiento y la reparación de equipos de oxígeno

Si abandona nuestro plan o ya no necesita un equipo de oxígeno indicado por el médico, el equipo de oxígeno debe devolverse.

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

Original Medicare exige que el proveedor de oxígeno le proporcione sus servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Transcurridos cinco años, puede elegir permanecer en la misma compañía o irse a otra. En ese momento, vuelve a empezar el ciclo de cinco años, aunque permanezca en la misma compañía, lo que le obliga a pagar copagos durante los 36 primeros meses. Si se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años vuelve a empezar.

Capítulo 4 — Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Sección 1 — Explicación de los gastos de bolsillo de los servicios cubiertos

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

Sección 1.1 – Tipos de gastos de bolsillo que es posible que pague por los servicios cubiertos

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

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

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

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

Al estar inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en el monto total que debe pagar de gastos de bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Este límite se llama monto de gastos máximos de bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2024, este monto asciende a **\$4,100** para los miembros del plan Bronze, **\$3,900** para los miembros del plan Core, **\$3,400** para los miembros del plan Silver y **\$3,000** para los miembros del plan Gold.

Los montos que paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos de la red cuentan para este monto de gastos máximos de bolsillo. Los montos que paga por las primas del plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto de gastos máximos de bolsillo. Además, los montos que usted pague por algunos servicios no se toman en cuenta para el monto de gastos máximos de bolsillo. Estos servicios están señalados con un asterisco (*) en la Tabla de Beneficios Médicos. Si alcanza el monto del gasto máximo de bolsillo de **\$4,100** para miembros del plan Bronze, **\$3,900** para miembros del plan Core, **\$3,400** para miembros del plan Silver y **\$3,000** para miembros del plan Gold, no tendrá que pagar ningún otro gasto de bolsillo por el resto del año por los servicios de la red cubiertos de la Parte A y Parte B. Sin embargo, deberá seguir pagando la prima del plan y la prima de Medicare Parte B (salvo que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero por usted).

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

Como miembro de nuestro plan, una importante protección para usted es que solo tiene que pagar su monto de costo compartido cuando recibe servicios que cubre nuestro plan.

Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales independientes, llamados **facturación de saldos**. Esta protección se aplica incluso cuando nosotros le paguemos al proveedor menos de lo que este cobre por un servicio, y aun cuando haya una disputa y no le paguemos ciertos cargos al proveedor. Esta protección funciona de la siguiente forma:

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

Sección 2 — Use esta Tabla de Beneficios Médicos para determinar qué servicios están cubiertos y cuánto pagará por ellos

Sección 2.1 – Beneficios médicos y costos como miembro de nuestro plan

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

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

Otros datos importantes de nuestra cobertura que debe conocer

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, paga más en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, paga menos. (Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual **Medicare y Usted 2024**. También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o pedir una copia por teléfono al **1-800-MEDICARE [1-800-633-4227]**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**).


- Todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare también están cubiertos por nosotros sin costo para usted. Sin embargo, si usted también recibe tratamiento o supervisión para una condición médica existente durante la consulta en la que reciba el servicio preventivo, se aplicará un costo compartido a la atención recibida para la condición médica existente.
 - ◆  Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios Médicos.
- Si Medicare agrega la cobertura de cualquier servicio nuevo durante 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.


Tabla de Beneficios Médicos

La Tabla de Beneficios Médicos que aparece a continuación describe los beneficios médicos de los siguientes planes de Kaiser Permanente Senior Advantage incluidos en esta

Evidencia de Cobertura:

- Plan Core
- Plan Bronze
- Plan Silver
- Plan Gold


Si no está seguro de en qué plan está inscrito, por favor, llame a Servicio a los Miembros o consulte la portada de su **Notificación anual de cambios** (o en el caso de los miembros nuevos, el formulario de inscripción o la carta de confirmación de inscripción).

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un ultrasonido de diagnóstico único para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y obtiene un referido para ella de un médico, asistente médico, profesional de enfermería avanzada o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que son elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p>Acupuntura para el dolor crónico de la parte baja de la espalda</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare cuando se cumplan las siguientes circunstancias: 	<p>Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 para los miembros de los planes Core, Bronze o Silver. • \$15 para los miembros del plan Gold.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>◆ A los efectos de este beneficio, el dolor crónico de la parte baja de la espalda se define de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dura 12 semanas o más. ○ No específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). ○ No está relacionado con una cirugía. ○ No está relacionado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o si presenta regresión.</p> <p>Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden prestar servicios de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos profesionales (PA), profesionales de enfermería avanzada (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (según se identifica en 1861[aa] [5] de la Ley) y personal auxiliar pueden prestar servicios de acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● un título de nivel de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); ● una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por las regulaciones en el Título 42 secciones 410.26 y 410.27 del (CFR).</p>	




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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios cubiertos de ambulancia, ya sean para una situación que sea de emergencia o que no sea de emergencia†, incluyen los servicios de ambulancia de ala fija, de ala rotativa y terrestre hacia el centro de atención más cercano que pueda brindar atención, si estos servicios son proporcionados a un miembro cuya condición médica es tal que otro medio de transporte podría comprometer la salud de la persona o en caso de que sean autorizados por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte por ambulancia es necesario desde el punto de vista médico.</p> <p>También cubrimos los servicios de ambulancia certificada en cualquier parte del mundo sin autorización previa (incluido el transporte a través del sistema de respuesta ante emergencias del 911, cuando esté disponible) si usted considera, dentro de lo razonable, que presenta una condición médica de emergencia y que su condición necesita el apoyo clínico de los servicios de transporte en ambulancia.</p>	<p>Usted paga lo siguiente por cada viaje sencillo, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$200 para los miembros de los planes Bronze o Core. • \$160 para los miembros del plan Silver. • \$150 para los miembros del plan Gold.
<p> Exámenes físicos de rutina anuales</p> <p>Los exámenes físicos de rutina están cubiertos si el examen es de atención preventiva apropiada desde el punto de vista médico de acuerdo con las normas de atención profesional generalmente aceptadas.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a esta atención preventiva.</p>



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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Consulta de bienestar anual</p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, usted tiene derecho a una consulta de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: No puede solicitar su primera consulta de bienestar anual durante los siguientes 12 meses posteriores a su consulta preventiva de Bienvenido a Medicare. Sin embargo, no necesita haber tenido una consulta de Bienvenido a Medicare para que se cubran sus consultas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a la consulta de bienestar anual.</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos (por lo general, esto incluye a personas con riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con más frecuencia si fuera necesario desde el punto de vista médico: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación médica de los resultados.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a la densitometría ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de seno (mamografía)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia para las mujeres de entre 35 y 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Exámenes físicos del seno una vez cada 24 meses. 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las mamografías de diagnóstico cubiertas.</p>



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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen determinadas condiciones y cuentan con la orden de un médico. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que habitualmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Consultas grupales \$0</p> <p>Consultas individuales de atención especializada Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$35 para los miembros del plan Bronze. • \$15 para los miembros del plan Core. • \$10 para los miembros de los planes Silver o Gold.
<p> Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta al año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede hablarle (si corresponde) sobre el uso de aspirina, revisar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo saludablemente.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible al beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para las enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Pruebas de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías relacionadas con un riesgo elevado de padecer enfermedades cardiovasculares) una vez cada cinco años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada cinco años.</p>

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Pruebas de detección de cáncer cervicouterino y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene un alto riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino o vaginal, o está en edad de tener hijos y ha tenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a los exámenes pélvicos y las pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos solamente la manipulación de la columna vertebral para corregir la subluxación. <ul style="list-style-type: none"> ◆ Estos servicios cubiertos por Medicare los proporciona un quiropráctico de la red. Para obtener la lista de los quiroprácticos de la red, consulte el Directorio de Proveedores. 	<p>Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 para los miembros de los planes Core, Bronze o Silver. • \$15 para los miembros del plan Gold.
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Las siguientes pruebas de detección se cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene un límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible anterior para pacientes que no tienen un alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o lavativo de bario anterior. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años de edad. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente haya recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o lavativo de bario. 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare.</p> <p>Si su médico descubre y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen diagnóstico y usted paga \$0.</p>

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de sangre oculta en materia fecal para pacientes mayores de 45 años de edad. Una vez cada 12 meses. • Pruebas de ADN en heces con objetivos múltiples para pacientes de 45 a 85 años de edad y que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de sangre de biomarcadores para pacientes de 45 a 85 años de edad y que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Lavativo de bario como una alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último lavativo de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • El lavativo de bario como una alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y son mayores de 45 años de edad. Una vez al menos cada 48 meses después del último lavativo de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba basada en heces no invasiva de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare dé un resultado positivo. 	
<p>Servicios dentales*</p> <p>Atención dental preventiva y diagnóstica</p> <p>En general, los servicios de profilaxis dental (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, en específico cuando el servicio es una parte integral de un tratamiento específico de una afección médica principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen una reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para radioterapia para cáncer que implique la mandíbula, o exámenes orales previos a un trasplante de riñón.</p>	<p>\$0 hasta los límites de beneficio anual especificado a continuación.</p>

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Además, cubrimos los siguientes servicios de profilaxis dental cuando son proporcionados por dentistas de Delta Dental Premier® o Delta Dental PPO™ (consulte el Directorio de Proveedores para conocer los dentistas de la red) y están sujetos a las exclusiones y limitaciones (incluidos los límites de consultas) que se describen en la Sección 3.2 de este capítulo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen bucal (limitado a dos exámenes bucales por año calendario) • profilaxis (limitado a dos limpiezas por año calendario) • fluoruro tópico (una vez cada 12 meses) • radiografía panorámica o completa de la boca (una vez cada 60 meses) • radiografía de aleta de mordida (un conjunto cada 12 meses) • radiografía periapical (cuatro cada 12 meses) • radiografía oclusal (dos cada 12 meses) • pruebas de vitalidad pulpar 	

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Atención dental integral para los miembros del plan Core</p> <p>Hasta un límite de beneficio anual de \$1,450, cubrimos los siguientes servicios dentales integrales cuando son proporcionados por dentistas de Delta Dental PPO (consulte el Directorio de Proveedores para conocer los dentistas de la red) y están sujetos a las exclusiones y limitaciones (incluidos los límites de consultas) que se describen en la Sección 3.2 de este capítulo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios básicos y mayores: <ul style="list-style-type: none"> ◆ empastes (alternado a las amalgamas) ◆ periodoncia (solo códigos D4000–D4999) ◆ endodoncia (limitado a tratamiento de conductos) 	<p>Los miembros del plan Core pagan el 30 % de coseguro por empastes y el 50 % de coseguro por servicios de periodoncia y tratamiento de conductos de los dentistas de Delta Dental PPO hasta que el plan haya pagado \$1,450 (límite de beneficios anual combinado) para servicios preventivos e integrales. Una vez que alcance el límite, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Los miembros del plan Core reciben cobertura dental integral adicional si están inscritos en la opción 1 de Advantage Plus. Consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más detalles.</p> <p>Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras.</p>
<p>Atención dental integral para los miembros de los planes Silver y Gold</p> <p>Los miembros del plan Silver y Gold reciben los siguientes servicios dentales integrales cuando los proporcionan dentistas de la red Delta Dental Premier o Delta Dental PPO.</p> <p>Red Delta Dental Premier: Los miembros pagan un coseguro enlistado a la derecha por los servicios dentales integrales que se indican a continuación hasta un límite de beneficios anual de \$500.</p> <p>Red Delta Dental PPO: Los miembros pagan un coseguro enlistado a la derecha por los servicios dentales integrales que se indican a continuación hasta un límite de beneficios anual de \$1,650.</p> <p>Hasta los límites de beneficio anual mencionados anteriormente, cubrimos los siguientes servicios dentales integrales cuando son proporcionados por</p>	<p>Los miembros de los planes Silver o Gold pagan el 30 % de coseguro por servicios dentales integrales básicos y 50 % de coseguro por servicios dentales integrales mayores con dentistas de Delta Dental PPO hasta que el plan haya pagado \$1,650 (límite de beneficios anual combinado) por servicios preventivos e integrales, o 50 % de coseguro por servicios dentales integrales con dentistas de Delta Dental Premier hasta que el plan haya pagado \$500 (límite anual de beneficios combinado) por servicios preventivos e integrales.</p>

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>dentistas de la red de Delta Dental Premier o dentistas de Delta Dental PPO (consulte el Directorio de Proveedores para conocer los dentistas de la red) y están sujetos a las exclusiones y limitaciones (incluidos los límites de consultas) que se describen en la Sección 3.2 de este capítulo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios básicos: <ul style="list-style-type: none"> ◆ empastes ◆ retención de la espiga por diente ◆ extracciones simples ◆ alivio del dolor de emergencia • Servicios mayores: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Coronas. ◆ Reconstrucciones de muñón. ◆ Reconstrucción de poste y muñón. ◆ Poste y muñón prefabricados. ◆ Reparación de corona. ◆ Incrustaciones de metal. (Se proporcionará un beneficio alternativo por empaste metálico. El paciente deberá pagar la tarifa restante aprobada). ◆ Recubrimientos de metal. ◆ Endodoncia. ◆ Periodoncia. ◆ Dentaduras completas. ◆ Dentaduras parciales. ◆ Procedimientos de reparación, ajuste y rebasado de dentadura postiza. ◆ Servicios de cirugía bucal. ◆ Retenedores de dentaduras postizas parciales fijas. ◆ Servicios generales complementarios. 	<p>Cuando alcance el límite anual de beneficios combinado de \$1,650 por atención dental preventiva e integral proporcionada por dentistas de Delta Dental PPO o Dental Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año. Nota: El límite máximo de beneficios para dentistas de Delta Dental Premier no puede exceder los \$500.</p> <p>Los miembros de los planes Silver y Gold reciben cobertura dental integral adicional si están inscritos en la opción 1 de Advantage Plus. Consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más detalles.</p> <p>Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras.</p>
<p>Atención dental integral para los miembros del plan Bronze</p> <p>Los miembros del plan Bronze reciben los siguientes servicios dentales integrales cuando los proporcionan dentistas de la red Delta Dental Premier o Delta Dental PPO.</p> <p>Red Delta Dental Premier: Los miembros pagan un coseguro enlistado a la derecha por los servicios</p>	<p>Los miembros del plan Bronze pagan el 30 % de coseguro por servicios dentales integrales básicos y el 50 % de coseguro por servicios dentales integrales mayores con dentistas de Delta Dental PPO hasta que el plan haya pagado \$2,350 (límite de beneficios anual combinado) por servicios preventivos e integrales,</p>



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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>dentales integrales que se indican a continuación hasta un límite de beneficios anual de \$500.</p> <p>Red Delta Dental PPO: Los miembros pagan un coseguro enlistado a la derecha por los servicios dentales integrales que se indican a continuación hasta un límite de beneficios anual de \$2,350.</p> <p>Hasta los límites de beneficio anual mencionados anteriormente, cubrimos los siguientes servicios dentales integrales cuando son proporcionados por dentistas de la red de Delta Dental Premier o dentistas de Delta Dental PPO (consulte el Directorio de Proveedores para conocer los dentistas de la red) y están sujetos a las exclusiones y limitaciones (incluidos los límites de consultas) que se describen en la Sección 3.2 de este capítulo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios básicos: <ul style="list-style-type: none"> ◆ empastes ◆ retención de la espiga por diente ◆ extracciones simples ◆ alivio del dolor de emergencia • Servicios mayores: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Coronas. ◆ Reconstrucciones de muñón. ◆ Reconstrucción de poste y muñón. ◆ Poste y muñón prefabricados. ◆ Reparación de corona. ◆ Incrustaciones de metal. (Se proporcionará un beneficio alternativo por empaste metálico. El paciente deberá pagar la tarifa restante aprobada). ◆ Recubrimientos de metal. ◆ Endodoncia. ◆ Periodoncia. ◆ Dentaduras completas. ◆ Dentaduras parciales. ◆ Procedimientos de reparación, ajuste y rebasado de dentadura postiza. ◆ Servicios de cirugía bucal. ◆ Retenedores de dentaduras postizas parciales fijas. ◆ Servicios generales complementarios. 	<p>o 50 % de coseguro por servicios dentales integrales con dentistas de Delta Dental Premier hasta que el plan haya pagado \$500 (límite anual de beneficios combinado) por servicios preventivos e integrales.</p> <p>Cuando alcance el límite anual de beneficios combinado de \$2,350 por atención dental preventiva e integral proporcionada por dentistas de Delta Dental PPO o Dental Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Nota: El límite máximo de beneficios para dentistas de Delta Dental Premier no puede exceder los \$500.</p> <p>Los miembros del plan Bronze reciben cobertura dental integral si están inscritos en la opción 1 de Advantage Plus. Consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más detalles.</p> <p>Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras.</p>

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Pruebas de detección de la depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de la depresión al año. La evaluación debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referidos.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por una visita anual de evaluación de depresión.</p>
<p> Pruebas de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta evaluación (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel alto de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también se cubrirían si reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Con base en los resultados de estas pruebas, podría ser elegible para hasta dos evaluaciones de la diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las evaluaciones de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, suministros y servicios para diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (que usen insulina o no), los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para supervisar el nivel de glucosa en la sangre: monitores de glucosa en la sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en la sangre, dispositivos para lancetas, lancetas y soluciones para el control de la glucosa para revisar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. 	<p>\$0</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con diabetes que padecen enfermedad grave del pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida (incluidas las plantillas que vienen con estos) cada año calendario y dos pares de plantillas adicionales o un par de zapatos con profundidad y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas extraíbles no hechas a la medida que vienen con los zapatos). La cobertura incluye el ajuste. 	<p>Coseguro del 20 %</p>

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> 🍏 La capacitación para el autocontrol de la diabetes tiene cobertura solo si cumple ciertas condiciones. <p>Nota: Puede elegir recibir capacitación sobre cómo autocontrolar su diabetes por medio de un programa que no pertenezca a nuestro plan y que esté reconocido por la Asociación Americana de la Diabetes y aprobado por Medicare.</p>	<p>\$0</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados†</p> <p>(Para conocer la definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 así como el Capítulo 3, Sección 7 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME que sea necesario desde el punto de vista médico cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor que está ubicado en su área no tiene productos de una marca o de un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en kp.org/directory.</p> <p>También cubrimos los siguientes artículos no cubiertos por Medicare cuando sean médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medias con gradiente de compresión para linfedema • equipo de fototerapia para las siguientes condiciones: vitiligo, eccema, liquen plano, dermatitis atópica, dermatitis idiopática, prurito grave, morfea, esclerodermia y linfomas cutáneos • accesorios para la cama (tabla, mesa o dispositivo de apoyo) • dispositivo de iontoforesis para tratar la hiperhidrosis palmar, axilar y plantar • Bolsa de reanimación. 	<p>Coseguro del 20 %, excepto el equipo de fototerapia que es de \$0.</p> <p>Equipo de oxígeno</p> <p>Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es del 20 %, cada vez que recibe el equipo.</p> <p>Su costo compartido no cambiará después de haber estado inscrito durante 36 meses.</p>

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia corresponde a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporciona un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos generales de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de un miembro o la pérdida de la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios proporcionados por proveedores fuera de la red es el mismo que el de los servicios proporcionados por proveedores dentro de la red.</p> <p>Tiene cobertura para la atención de emergencia en todo el mundo.</p>	<p>Usted paga lo siguiente por consulta en el Departamento de Emergencias, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$120 para los miembros de los planes Core, Bronze o Silver. • \$110 para los miembros del plan Gold. <p>Este copago no se aplica si usted es ingresado directamente y de inmediato al hospital como paciente hospitalizado (pero sí se aplica si es admitido al hospital como paciente ambulatorio, por ejemplo, si es admitido para observación).</p> <p>†Si recibe atención de emergencia en un hospital que está fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se estabiliza su condición de emergencia, para que la atención que reciba siga teniendo cobertura, debe trasladarse a un hospital de la red o, bien, obtener una autorización del plan para recibir su atención para pacientes hospitalizados en un hospital que esté fuera de la red; el costo que deberá pagar equivale al costo compartido que se aplicaría si estuviera en un hospital de la red.</p>
<p>Beneficio de acondicionamiento físico (SilverSneakers Fitness Program)</p> <p>Se ofrece un beneficio de salud y acondicionamiento físico por medio del Tivity Health SilverSneakers® Fitness Program, que incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una membresía básica de acondicionamiento físico en los lugares participantes en todo el país y sus servicios básicos. Las instalaciones y los servicios varían según la ubicación. 	<p>\$0</p>


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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Clases de ejercicio en grupo de SilverSneakers® impartidas por instructores certificados que se enfocan en la salud cardiovascular, el fortalecimiento muscular, la flexibilidad, la agilidad, el equilibrio y la coordinación. Las clases varían según la ubicación. • Eventos de educación para la salud y actividades sociales enfocadas en el bienestar general. • Acceso al sitio web www.SilverSneakers.com/StartHere, una comunidad en línea segura y exclusiva para miembros con consejos de bienestar e información de apoyo para el acondicionamiento físico. • Recursos virtuales disponibles mediante las clases SilverSneakers LIVE™ y los videos SilverSneakers On-Demand™ y la aplicación móvil SilverSneakers GO™. • Acceso a GetSetUp, con miles de clases en vivo en línea sobre temas como cocina, tecnología y arte. El acceso a determinadas clases o funciones de GetSetUp puede ser de pago. • Programa SilverSneakers FLEX®, que brinda opciones para estar activo fuera de los gimnasios tradicionales (como centros recreativos, centros comerciales y parques). • Puede inscribirse en SilverSneakers® Steps, un programa de acondicionamiento físico autodirigido para los miembros que reciben un kit de acondicionamiento físico por año calendario, que incluye herramientas y recursos para ayudarlo a ponerse en forma dentro o fuera de casa. <p>No se ofrece cobertura para lo siguiente: programas, servicios y centros que aplican cargos adicionales a actividades como ráquetbol, tenis y algunos deportes de cancha, terapia de masajes, lecciones para la práctica de deportes recreativos, competencias y actividades similares que implican el pago de una tarifa.</p> <p>Para obtener más información sobre SilverSneakers® y la lista de centros de acondicionamiento físico participantes de su área, llame sin costo al 1-888-423-4632 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (EST) o visite</p>	


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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>www.silversneakers.com. También puede acudir a un centro de acondicionamiento físico participante y mostrar su tarjeta de membresía de Senior Advantage para inscribirse en el programa.</p> <p>SilverSneakers y SilverSneakers FLEX son marcas registradas de Tivity Health, Inc. SilverSneakers LIVE, SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas registradas de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Reservados todos los derechos.</p>	
<p> Programas de educación de salud y bienestar</p> <p>Los programas de salud y bienestar incluyen control de peso, dejar de fumar, control de la diabetes, planificación para el cuidado de la vida, prediabetes y más. Nuestras clases las imparten nutriólogos titulados, asesores de salud, educadores certificados en diabetes y otros profesionales de la salud. Ofrecemos opciones en persona, en línea o vía telefónica para ajustarse a su estilo de aprendizaje. Comuníquese con Servicio a los Miembros para obtener más detalles. También puede consultar la información en línea en kp.org/espanol.</p>	\$0
<p>Servicios para la audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las evaluaciones diagnósticas de la audición y del equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención a pacientes ambulatorios cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. • Pruebas de audición de rutina. • Examen de evaluación y ajuste de audífonos. 	\$0

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos <ul style="list-style-type: none"> ◆ Proporcionamos una asignación cada dos años (mostrada a la derecha) que puede usar para pagar los audífonos por año. Los audífonos deben ser recetados por un proveedor de la red (audiólogo clínico). Nosotros seleccionamos al proveedor que suministrará el audífono con cobertura. La cobertura se limita a los tipos y modelos de audífonos que el proveedor suministre. ◆ El beneficio para audífonos no cubre lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ audífonos implantados internamente ▪ reemplazo de piezas, accesorios, baterías, reparación de audífonos y reposición de audífonos perdidos o dañados ▪ paquetes de servicio que incluyen el ajuste, la limpieza y la inspección de audífonos después de la garantía del fabricante <ul style="list-style-type: none"> ○ La asignación puede utilizarse solo en el punto de venta inicial. Si no usa la totalidad de su asignación en el punto de venta inicial, no podrá usarla más adelante. 	<p>*Si los audífonos que compró cuestan más de \$500, usted paga la diferencia.</p>
<p> Prueba de detección del VIH</p> <p>Para las personas que soliciten una prueba de detección del VIH o que tengan un alto riesgo de tener infección por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un examen de detección cada 12 meses • En el caso de las mujeres embarazadas, cubriremos hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para las pruebas de detección preventiva del VIH cubiertas por Medicare.</p>

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Cuidados de una agencia de salud domiciliaria†</p> <p>Antes de recibir servicios de salud domiciliaria, un médico debe certificar que necesita recibir estos servicios y solicitarlos a una agencia de salud domiciliaria. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de su hogar implica un esfuerzo enorme.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de auxiliares de salud a domicilio y de enfermería especializada de medio tiempo o intermitente (para que estén cubiertos por el beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de auxiliares de salud a domicilio y de enfermería especializada combinados deben ser menos de 8 horas al día y a 35 horas a la semana). • Fisioterapia y terapia ocupacional y del habla. • Servicios médicos y sociales. • Suministros y equipo médicos. 	<p>\$0</p> <p>Nota: No se aplica ningún costo compartido a los servicios de atención médica a domicilio ni a los artículos proporcionados conforme a las pautas de Medicare. Sin embargo, se aplicará el costo compartido aplicable que se indique en cualquier otra parte de esta Tabla de Beneficios Médicos si el artículo está cubierto por un beneficio diferente; por ejemplo, el equipo médico duradero no proporcionado por una agencia de salud domiciliaria.</p>

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Terapia de infusiones en el hogar†</p> <p>La terapia de infusiones en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación para el paciente que no están cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusiones en el hogar y medicamentos de infusiones en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusiones en el hogar. 	<p>\$0 por servicios profesionales, capacitación y monitoreo. Los componentes (como medicamentos de Medicare Parte B, DME y suministros médicos) necesarios para realizar infusión en el hogar podrían estar sujetos al costo compartido aplicable que se menciona en otra parte de esta Tabla de Beneficios Médicos, dependiendo del artículo.</p>
<p>Cubrimos los suministros y medicamentos de infusiones en el hogar si se cumplen las siguientes condiciones:</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 médica 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 una farmacia de infusiones en el hogar de la red no abastece un suministro o medicamento de infusiones en el hogar cubierto, el suministro o el medicamento puede estar sujeto a los costos compartidos aplicables que se indican en otras partes de este documento, dependiendo del servicio.</p>

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

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

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


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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Para los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no se relacionan con su pronóstico terminal: Si requiere servicios que no son de emergencia, que no son de urgencia, que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y que no se relacionan con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios dependerá de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si es necesario obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener los servicios, solo debe pagar el monto del costo compartido del plan por los servicios de la red. • *Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, debe pagar el costo compartido de acuerdo con Medicare de pago por servicio (Original Medicare). <p>Para los servicios que están cubiertos por nuestro plan, pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B: seguiremos cubriendo los servicios cubiertos por el plan, pero que no están cubiertos por la Parte A o B, sin importar si se relacionan o no con su enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido del plan por estos servicios.</p> <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con los cuidados paliativos de su enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con los cuidados paliativos de su enfermedad terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca tienen cobertura del centro de cuidados paliativos y de nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Capítulo 5 del Sección 9.4, "Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare".</p> <p>Nota: Si necesita cuidados que no sean paliativos (atención que no se relacione con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para que organicemos los servicios.</p>	

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos por Medicare Parte B incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vacuna contra la neumonía • vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son necesarias desde el punto de vista médico • vacuna contra la hepatitis B, si tiene un riesgo de intermedio a alto de contraer esta enfermedad • vacuna contra el COVID-19 • otras vacunas si usted está en situación de riesgo y estas cumplen las reglas de cobertura de Medicare Parte B <p>También cubrimos algunas vacunas de acuerdo con nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y el COVID-19.</p>
<p>Ayuda en el hogar solo para miembros de los planes Silver y Gold</p> <p>Los miembros reciben 8 horas cada mes por servicios no médicos y de apoyo en el hogar para la asistencia con actividades de la vida diaria (ADL) y actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) en el hogar. Horas mínimas por visita: cada visita debe ser al menos de 2 horas.</p> <p>Nota: Para los miembros de los planes Core o Bronze, el apoyo en el hogar no está cubierto, a menos que esté inscrito en Advantage Plus, según se describe en la Sección 2.2 de este capítulo.</p>	<p>\$0</p> <p>Los miembros de los planes Silver y Gold tienen cobertura adicional si están inscritos en Advantage Plus. Consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener los detalles.</p> <p>Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras.</p>

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

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

Atención para pacientes hospitalizados†

Incluye atención de problemas médicos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en que es admitido formalmente a un hospital a petición de un médico. El día anterior al alta hospitalaria es el último día como paciente hospitalizado.

No hay un límite en la cantidad de días o servicios hospitalarios necesarios desde el punto de vista médico que los hospitales generales de cuidados agudos proporcionen de manera general y habitual. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:

- Habitación semiprivada (o privada, si es necesaria desde el punto de vista médico).
- Comidas, incluidas las dietas especiales.
- Servicios normales de enfermería.
- El costo de las unidades de atención especializada (como las unidades de cuidados intensivos o de terapia coronaria).
- Fármacos y medicamentos.
- Pruebas de laboratorio.
- Radiografías y otros servicios de radiología.
- Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas.
- Los costos por uso del quirófano y la sala de recuperación.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
- Servicios por el abuso de sustancias para pacientes hospitalizados.
- En determinadas circunstancias, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, renopancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón o pulmón, médula ósea, células madre e intestinal o multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los trámites para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare evalúe su caso y decida si es un candidato adecuado. Los proveedores del trasplante pueden ser locales o de fuera del área de servicio. Si los servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir acudir a un centro en su área, siempre y cuando

El costo compartido se cobra por cada hospitalización.

Usted paga lo siguiente, según el plan en el que esté inscrito:

- **\$250** por día durante los primeros 5 días de hospitalización para los miembros del plan Bronze.
- **\$195** por día durante los primeros 5 días de hospitalización para los miembros del plan Core.
- **\$165** por día durante los primeros 5 días de hospitalización para los miembros del plan Silver.
- **\$125** por día durante los primeros 5 días de hospitalización para los miembros del plan Gold.

A partir de ese momento, usted paga **\$0** por el resto de su hospitalización cubierta. Además, no paga el copago del día del alta hospitalaria mencionado anteriormente, a menos que sea admitido y dado de alta el mismo día.

†Si recibe atención autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se haya estabilizado, deberá pagar el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si proporcionamos servicios de trasplante en una ubicación fuera del área de atención de trasplantes en su comunidad y elige obtener trasplantes en esta ubicación distante, organizaremos o pagaremos sus costos de alojamiento y de transporte adecuados y los de un acompañante, de acuerdo con nuestras pautas de viajes y alojamiento, que están disponibles en Servicio a los Miembros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • sangre, incluidos el almacenamiento y la administración • servicios de un médico 	
<p>Nota: Para ser considerado un paciente hospitalizado, el proveedor deberá expedir una orden para que lo admitan formalmente como paciente hospitalizado. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que usted siga siendo considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare titulada ¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte! Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin costo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico†</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieran hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos hasta 190 días de por vida para hospitalizaciones en un hospital psiquiátrico certificado por Medicare. La cantidad de días de hospitalización cubiertos de por vida se reduce según la cantidad de días de tratamiento de salud mental como paciente hospitalizado cubierta previamente por Medicare en un hospital psiquiátrico. • El límite de 190 días no se aplica a las hospitalizaciones por salud mental en la unidad de psiquiatría de un hospital general. 	<p>El costo compartido se cobra por cada hospitalización.</p> <p>Usted paga lo siguiente, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$250 por día durante los primeros 5 días de hospitalización para los miembros del plan Bronze. • \$195 por día durante los primeros 5 días de hospitalización para los miembros del plan Core. • \$165 por día durante los primeros 5 días de hospitalización para los miembros del plan Silver. • \$125 por día durante los primeros 5 días de hospitalización para los miembros del plan Gold. <p>A partir de ese momento, usted paga \$0 por el resto de su hospitalización cubierta. Además, no paga el copago del día del alta hospitalaria mencionado anteriormente, a menos que sea admitido y dado de alta el mismo día.</p>



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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta†</p> <p>Si ya agotó sus beneficios de salud mental como paciente hospitalizado o en centros de enfermería especializada (SNF) o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización o estadía en un SNF. Sin embargo, en algunos casos cubriremos ciertos servicios que usted reciba mientras esté en un hospital o SNF. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de un médico • pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico • vendajes quirúrgicos • férulas, yesos y otros aparatos usados para curar fracturas y luxaciones • aparatos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplacen parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que sea inoperante o disfuncional permanentemente, incluidos el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos • aparatos ortopédicos para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello; arneses; piernas y brazos ortopédicos y prótesis oculares, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos debido a rotura, desgaste, extravío o cambio del estado físico del paciente • fisioterapia, terapia ocupacional y del habla 	<p>Si su hospitalización o estadía en un SNF ya no están cubiertas, continuaremos cubriendo los servicios de Medicare Parte B al costo compartido aplicable que se indica en otras partes de esta Tabla de Beneficios Médicos cuando los proporcionen proveedores de la red.</p>

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (de los riñones) (pero que no reciban diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando lo ordene el médico.</p> <p>Cubrimos tres horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que reciba los servicios de terapia médica nutricional por parte de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y dos horas cada año subsiguiente. Si la condición, el tratamiento o el diagnóstico cambian, usted podrá recibir más horas de tratamiento mediante una orden del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento seguirá siendo necesario en el siguiente año calendario.</p>	<p>No se cobra ningún coseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles para los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p>
<p> Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP tendrán cobertura para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada para cambios del comportamiento relacionado con la salud que proporciona capacitación práctica en cambios alimentarios a largo plazo, aumento en la actividad física y estrategias de solución de problemas para superar los desafíos relacionados con el mantenimiento de la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible al beneficio del MDPP.</p>

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

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

Medicamentos recetados de Medicare Parte B†

Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros del plan reciben cobertura para estos medicamentos por medio de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:

- los medicamentos que, en general, no se autoadministra el paciente y que se inyectan o administran mediante infusión cuando recibe servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro de cirugía ambulatoria
- la insulina que se suministra por medio de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina necesaria desde el punto de vista médico)
- otros medicamentos que tome mientras usa el equipo médico duradero (como los nebulizadores) que hayan sido autorizados por nuestro plan
- factores de coagulación que se administra usted mismo por medio de una inyección, si padece hemofilia
- medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A en el momento del trasplante del órgano
- medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene una fractura que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento
- antígenos
- ciertos medicamentos orales anticancerígenos y contra las náuseas
- ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestésicos de aplicación tópica y agentes de estimulación de la eritropoyesis (como Epogen®, Epoetina Alfa, Aranesp® o Darbepoetina Alfa)
- inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en casa de las principales enfermedades de deficiencia inmunitaria

Medicamentos administrados

Usted paga un coseguro del **0 al 20 %** para los medicamentos de Medicare Parte B cuando se requiere la administración u observación por parte del personal médico y cuando son administrados por un proveedor de la red. Es posible que algunos medicamentos tengan menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.

Otros medicamentos de la Parte B

Para un suministro de 30 días, usted debe pagar lo siguiente para los medicamentos de Medicare Parte B incluidos en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, cuando los obtiene de una **farmacia preferida**, según el plan en el que se encuentre inscrito.


- **\$5** por medicamentos genéricos para los miembros del plan Bronze.
- **\$0** por medicamentos genéricos para miembros de los planes Core, Silver o Gold.
- **\$40** para medicamentos de marca, excepto que usted paga **\$35** por los medicamentos de insulina de la Parte B proporcionados a través de un artículo de DME.

Usted debe pagar lo siguiente por un suministro de hasta 30 días para medicamentos de la Parte B incluidos en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, cuando los obtiene de una **farmacia estándar**:

- **\$20** por medicamentos genéricos.
- **\$47** para medicamentos de marca, excepto que usted paga **\$35** por los medicamentos de insulina de la Parte B proporcionados a través de un artículo de DME.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> • También cubrimos algunas vacunas de acuerdo con nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y Parte D. • El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que se cubran las recetas médicas. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D por medio de nuestro plan se explica en el Capítulo 6. 	
<p> Prueba de detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso constante</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, le ofrecemos cobertura para el asesoramiento intensivo con el fin de ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento tiene cobertura si lo recibe en un centro de atención primaria en el que pueda coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o profesional médico para obtener más información.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a las pruebas de detección preventivas y el tratamiento de la obesidad.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento con opioides†</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD) pueden obtener cobertura de los servicios para tratar el OUD mediante un Opioid Treatment Program (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos agonistas y tratamiento asistido con medicamentos antagonistas (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. • suministro y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) 	<p>Usted paga del 0 al 20 % de coseguro por medicamentos de Medicare Parte B administrados clínicamente cuando los proporciona un Opioid Treatment Program. Es posible que algunos medicamentos tengan menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • asesoramiento para abuso de sustancias • terapia individual y grupal • pruebas de toxicología • actividades de ingreso • evaluaciones periódicas 	<p>Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$35 para los miembros del plan Bronze. • \$15 para los miembros del plan Core. • \$10 para los miembros de los planes Silver o Gold.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • radiografías • †pruebas de laboratorio (solo se requiere autorización previa para las pruebas genéticas y genómicas) • sangre, incluidos el almacenamiento y la administración • electrocardiogramas (EKG), monitoreo con Holter y electroencefalogramas (EEG) 	<p>\$0</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Férulas, yesos y otros aparatos usados para curar fracturas y luxaciones. 	<p>Coseguro del 20 %</p>
<ul style="list-style-type: none"> • †Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros del técnico. 	<p>Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$35 para los miembros del plan Bronze. • \$15 para los miembros del plan Core. • \$10 para los miembros de los planes Silver o Gold.
<ul style="list-style-type: none"> • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios: • †imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografías computarizadas (TC) y tomografías por emisión de positrones (TEP) 	<p>Usted paga lo siguiente por procedimiento, por parte del cuerpo estudiada, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$140 para los miembros del plan Bronze. • \$90 para los miembros del plan Core. • \$75 para los miembros del plan Silver. • \$50 para los miembros del plan Gold.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> † ultrasonidos 	<p>Usted paga lo siguiente por ecografía, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$40 para los miembros de los planes Bronze o Core. • \$35 para los miembros del plan Silver. • \$20 para los miembros del plan Gold.
<ul style="list-style-type: none"> † Cualquier prueba de diagnóstico o procedimiento especial que se haga en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria, en un quirófano de hospital o en cualquier otro lugar, durante los cuales un miembro autorizado del personal monitorea sus signos vitales mientras usted recupera la sensibilidad después de la administración de medicamentos para reducir sus sensaciones o minimizar el malestar. 	<p>Instalaciones hospitalarias para pacientes externos Usted paga lo siguiente por cirugía ambulatoria realizada en instalaciones hospitalarias para pacientes externos, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$225 para los miembros del plan Bronze. • \$195 para los miembros del plan Core. • \$175 para miembros del plan Silver. • \$100 para los miembros del plan Gold. <p>Centros quirúrgicos ambulatorios Usted paga lo siguiente por cirugía ambulatoria realizada en un centro quirúrgico ambulatorio, según el plan en el que está inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$150 para los miembros del plan Bronze. • \$115 para los miembros del plan Core. • \$100 para los miembros del plan Silver. • \$75 para los miembros del plan Gold.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios que se dan al paciente ambulatorio para determinar si debe ser admitido 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 al hospital u ordenar exámenes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará los montos de costo compartido correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que usted siga siendo considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si lo consideran un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare titulada ¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte! Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin costo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>\$0</p> <p>Nota: No hay cargos adicionales para las hospitalizaciones de observación para pacientes ambulatorios cuando lo transfieren a observación desde un Departamento de Emergencias o después de una cirugía ambulatoria.</p>

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

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

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios†

Ofrecemos cobertura para los servicios necesarios desde el punto de vista médico que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o una lesión.

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:

- los servicios recibidos en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria

Departamento de Emergencias

Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito:

- **\$120** para los miembros de los planes Core, Bronze o Silver.
- **\$110** para los miembros del plan Gold.

Clínica para pacientes ambulatorios

Usted paga lo siguiente por consulta, según el tipo de consulta y el plan en el que esté inscrito:

- Para los miembros del plan Bronze:
 - ◆ **\$0** por consulta de atención primaria.
 - ◆ **\$35** por consulta de atención especializada.
- Para los miembros del plan Core:
 - ◆ **\$0** por consulta de atención primaria.
 - ◆ **\$15** por consulta de atención especializada.
- Para los miembros de los planes Silver o Gold:
 - ◆ **\$0** por consulta de atención primaria.
 - ◆ **\$10** por consulta de atención especializada.

Instalaciones hospitalarias para pacientes externos

Usted paga lo siguiente por cirugía ambulatoria realizada en instalaciones hospitalarias para pacientes externos, según el plan en el que esté inscrito:

- **\$225** para los miembros del plan Bronze.
- **\$195** para los miembros del plan Core.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
	<ul style="list-style-type: none"> • \$175 para miembros del plan Silver. • \$100 para los miembros del plan Gold. <p>Centros quirúrgicos ambulatorios Usted paga lo siguiente por cirugía ambulatoria realizada en un centro quirúrgico ambulatorio, según el plan en el que está inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$150 para los miembros del plan Bronze. • \$115 para los miembros del plan Core. • \$100 para los miembros del plan Silver. • \$75 para los miembros del plan Gold. <p>Consulte la sección "Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios" de esta Tabla de Beneficios Médicos para conocer los costos compartidos que corresponden a los servicios de observación.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • radiografías 	<p align="center">\$0</p>

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • otros servicios de radiología facturados por el hospital 	<p>Ultrasonidos Usted paga lo siguiente por ecografía, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$40 para los miembros de los planes Bronze o Core. • \$35 para los miembros del plan Silver. • \$20 para los miembros del plan Gold. <p>MRI, TC y TEP Para las imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografías computarizadas (TC) y tomografías por emisión de positrones (TEP), paga lo siguiente por procedimiento o por parte del cuerpo estudiada, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$140 para los miembros del plan Bronze. • \$90 para los miembros del plan Core. • \$75 para los miembros del plan Silver. • \$50 para los miembros del plan Gold. <p>Radioterapia Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$35 para los miembros del plan Bronze. • \$15 para los miembros del plan Core. • \$10 para los miembros de los planes Silver o Gold.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	\$45 por día
<ul style="list-style-type: none"> • suministros médicos, como férulas y yesos 	Coseguro del 20 %
<ul style="list-style-type: none"> • ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse 	Usted paga un coseguro del 0 al 20 % para los medicamentos de Medicare Parte B cuando se requiere la administración u observación por parte del personal médico y cuando son administrados por un proveedor de la red. Es posible que algunos medicamentos tengan menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.
<p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará los montos de costo compartido correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que usted siga siendo considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si lo consideran un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare titulada ¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte! Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin costo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> los servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con certificación estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero especialista clínico, consejero profesional titulado (LPC), terapeuta matrimonial y familiar licenciado (LMFT), profesional de enfermería avanzada (NP), asistente médico profesional (PA) u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo estipulado por las leyes estatales correspondientes 	<p>Usted paga lo siguiente, según el tipo de consulta y el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> Para los miembros de los planes Core o Bronze: <ul style="list-style-type: none"> ◆ \$10 por consulta de terapia individual o por la supervisión del tratamiento farmacológico para pacientes ambulatorios. ◆ \$5 por consulta de terapia grupal. Para los miembros del plan Silver: <ul style="list-style-type: none"> ◆ \$5 por consulta de terapia individual o por la supervisión del tratamiento farmacológico para pacientes ambulatorios. ◆ \$0 por consulta de terapia grupal. Para los miembros del plan Gold: <ul style="list-style-type: none"> ◆ \$0 por consulta de terapia individual o por la supervisión del tratamiento farmacológico para pacientes ambulatorios. ◆ \$0 por consulta de terapia grupal.
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en diversos centros de atención ambulatoria, como los Departamentos para Pacientes Ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).</p>	<p>Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> \$25 para los miembros del plan Bronze. \$15 para los miembros del plan Core. \$10 para los miembros de los planes Silver o Gold.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Servicios para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Brindamos servicios de tratamiento y asesoramiento para el diagnóstico y tratamiento del abuso de sustancias (lo que incluye consultas de terapia individual y grupal).</p>	<p>Usted paga lo siguiente, según el tipo de consulta y el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para los miembros de los planes Core o Bronze: <ul style="list-style-type: none"> ◆ \$10 por consulta de terapia individual. ◆ \$5 por consulta de terapia grupal. • Para los miembros del plan Silver: <ul style="list-style-type: none"> ◆ \$5 por consulta de terapia individual. ◆ \$0 por consulta de terapia grupal. • Para los miembros del plan Gold: <ul style="list-style-type: none"> ◆ \$0 por consulta de terapia individual. ◆ \$0 por consulta de terapia grupal.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en instalaciones hospitalarias para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios†</p> <p>Nota: Si le van a practicar alguna cirugía en un centro hospitalario, le sugerimos verificar con el proveedor si lo considerarán un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente hospitalizado al hospital, es un paciente ambulatorio y paga el costo compartido de la cirugía para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que usted siga siendo considerado un paciente ambulatorio.</p>	<p>Instalaciones hospitalarias para pacientes externos Usted paga lo siguiente por cirugía ambulatoria realizada en instalaciones hospitalarias para pacientes externos, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$225 para los miembros del plan Bronze. • \$195 para los miembros del plan Core. • \$175 para miembros del plan Silver. • \$100 para los miembros del plan Gold. <p>Centros quirúrgicos ambulatorios Usted paga lo siguiente por cirugía ambulatoria realizada en un centro quirúrgico ambulatorio, según el plan en el que está inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$150 para los miembros del plan Bronze. • \$115 para los miembros del plan Core. • \$100 para los miembros del plan Silver. • \$75 para los miembros del plan Gold.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p> <p>Cubrimos los artículos OTC que se enumeran en nuestro catálogo de OTC para entrega a domicilio sin costo. Puede ordenar artículos OTC cada trimestre del año (enero, abril, julio, octubre) hasta el límite de beneficio trimestral que se muestra en la columna de la derecha. En el catálogo aparece el precio de cada artículo. Cada orden debe ser de por lo menos \$35. La parte que no se utilice del límite trimestral del beneficio no pasa al siguiente trimestre.</p>	<p>Usted paga \$0 hasta el siguiente límite de beneficios trimestral, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Límite de beneficios trimestral de \$120 para miembros del plan Bronze. • Límite de beneficios trimestral de \$90 para miembros del plan Gold. • Límite de beneficios trimestral de \$80 para miembros del plan Silver. • Límite de beneficios trimestral de \$70 para miembros del plan Core. <p>Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras.</p>
<p>Artículos para reemplazo de nicotina de venta libre (OTC)</p> <p>Además de los servicios de asesoramiento, cubrimos ciertas terapias de reemplazo de nicotina aprobadas por la FDA para su uso sin receta. Los artículos deben ser solicitados por un proveedor de la red y obtenerse en una farmacia de la red. Proporcionaremos un suministro de hasta 90 días dos veces durante el año calendario.</p>	<p>\$0</p>

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Servicios parciales de hospitalización y servicios intensivos de pacientes ambulatorios†</p> <p>Hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario. Este programa es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>Nota: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Usted paga \$45 por día.</p>
<p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de terapia activa de salud del comportamiento (mental) que se proporciona en un departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud de calificación federal o una clínica de salud rural que sea de más intensidad que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que una hospitalización parcial.</p>	<p>Usted paga \$45 por día.</p>

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Servicios de un médico o profesional médico, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios desde el punto de vista médico proporcionados en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio, departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro lugar. • Consultas, diagnóstico y tratamiento por un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio hechos por un proveedor de la red, si su médico lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o de estructuras relacionadas, la corrección de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radioterapia para una enfermedad neoplásica cancerosa o los servicios que tendrían cobertura si los proporcionara un médico). 	<p>Visitas al consultorio del proveedor</p> <p>Usted paga \$0 por consulta con un proveedor de atención primaria (medicina familiar, medicina interna, consultas para inyecciones para las alergias o consultas con farmacéuticos clínicos).</p> <p>Usted paga lo siguiente por consulta de atención especializada con un especialista (ginecología, cardiología, ortopedia, gastroenterología, neurología, pruebas y evaluación de alergias, e inyecciones para controlar el dolor), según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$35 para los miembros del plan Bronze. • \$15 para los miembros del plan Core. • \$10 para los miembros de los planes Silver o Gold. <p>†Cirugía ambulatoria</p> <p>Usted paga lo siguiente por cirugía ambulatoria realizada en un centro quirúrgico ambulatorio, según el plan en el que está inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$150 para los miembros del plan Bronze. • \$115 para los miembros del plan Core. • \$100 para los miembros del plan Silver. • \$75 para los miembros del plan Gold.

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

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

<ul style="list-style-type: none"> • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: atención primaria y especializada, como servicios de rehabilitación cardíaca, servicios de terapia ocupacional, servicios de salud mental, servicios psiquiátricos, fisioterapia y terapia del habla, abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, servicios de diálisis, servicios de educación sobre enfermedades renales, capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios de urgencia, preparación para una cirugía o una hospitalización, y consultas de seguimiento después de una hospitalización, cirugía o visita 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 apropiado desde el punto de vista clínico. <ul style="list-style-type: none"> ◆ Tiene la opción de obtener estos servicios por medio de una visita en persona o a través de telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. Ofrecemos los siguientes medios de telesalud: <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultas por video interactivas para servicios profesionales cuando se pueda proporcionar atención en este formato según lo determine un proveedor de la red. ○ Consultas mediante citas telefónicas programadas para servicios profesionales cuando se pueda proporcionar atención en este formato según lo determine un proveedor de la red. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la insuficiencia renal crónica en fase terminal para miembros de diálisis domiciliaria en el centro de diálisis renal de un hospital o de un hospital de difícil acceso, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de síntomas de un ataque cerebral, sin importar su ubicación. • Servicios de telesalud para los miembros con un trastorno por abuso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, sin importar su ubicación. 	\$0
---	-----

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Tiene una consulta en persona en 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 lo anterior en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud que satisfacen los requisitos federales. • Registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o consulta por video) con su médico durante 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Usted no es un paciente nuevo. ◆ El registro no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días. ◆ La evaluación no dé lugar a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita más próxima disponible. • Evaluación del video y/o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por su médico en 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Usted no es un paciente nuevo. ◆ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días. ◆ La evaluación no dé lugar a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita más próxima disponible. • Las consultas que su médico tenga con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica. 	


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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón del talón) 	<p>Visitas al consultorio Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$35 para los miembros del plan Bronze. • \$15 para los miembros del plan Core. • \$10 para los miembros de los planes Silver o Gold. <p>†Cirugía ambulatoria Usted paga lo siguiente por cirugía ambulatoria realizada en un centro quirúrgico ambulatorio, según el plan en el que está inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$150 para los miembros del plan Bronze. • \$115 para los miembros del plan Core. • \$100 para los miembros del plan Silver. • \$75 para los miembros del plan Gold.


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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Atención de rutina de los pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades. 	<p>Usted paga lo siguiente por consulta, según el tipo de consulta y el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> Para los miembros del plan Bronze: <ul style="list-style-type: none"> ◆ \$0 por consulta de atención primaria. ◆ \$35 por consulta de atención especializada. Para los miembros del plan Core: <ul style="list-style-type: none"> ◆ \$0 por consulta de atención primaria. ◆ \$15 por consulta de atención especializada. Para los miembros de los planes Silver o Gold: <ul style="list-style-type: none"> ◆ \$0 por consulta de atención primaria. ◆ \$10 por consulta de atención especializada.
<ul style="list-style-type: none"> Cubrimos el cuidado rutinario adicional de los pies no cubierto por Medicare, que incluye evaluación o el tratamiento de callos o callosidades, cortar las uñas (incluidas las uñas micóticas), y otros cuidados preventivos y para mantener la higiene de los pies. Consulte su Directorio de Proveedores para encontrar un proveedor. 	<p>\$0 por consulta por hasta:</p> <ul style="list-style-type: none"> 4 consultas por año calendario para los miembros de los planes Core o Bronze. 8 consultas por año calendario para los miembros del plan Silver. 10 consultas por año calendario para los miembros del plan Gold.
<p> Exámenes de detección del cáncer de próstata</p> <p>En hombres de 50 años de edad o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> prueba de tacto rectal prueba del antígeno prostático específico (PSA) 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a la prueba anual de tacto rectal ni a la prueba del PSA.</p>


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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Aparatos protésicos y suministros relacionados†</p> <p>Aparatos (que no sean dentales) que reemplacen total o parcialmente partes o funciones del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluido el sostén quirúrgico después de una mastectomía). Se incluyen ciertos suministros relacionados con los aparatos protésicos y la reparación o el reemplazo de estos aparatos. También incluye cierta cobertura posterior a la extirpación o la cirugía de las cataratas (para obtener más información, consulte el apartado Cuidado de la Vista más adelante en esta sección).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 20 % por aparatos y suministros ortopédicos o protésicos externos (incluidos los suministros para la atención de las heridas). • \$0 por aparatos protésicos internos implantados quirúrgicamente.
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y que cuentan con una orden de rehabilitación pulmonar por parte del médico tratante de la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Usted paga \$5 por consulta.</p>
<p> Prueba de detección y asesoramiento para reducir el uso indebido del alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección del uso indebido del alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas), que hacen un uso indebido del alcohol, pero que no tienen dependencia de este.</p> <p>Si la prueba de detección del uso indebido del alcohol le da un resultado positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento cara a cara al año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) a cargo de un médico de atención primaria o profesional médico calificado en un centro de atención primaria.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible al beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección y asesoramiento para reducir el uso indebido del alcohol.</p>


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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Detección de cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de haber fumado al menos un paquete diario de tabaco durante 20 años y que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y toma compartida de decisiones que cumple los requisitos de Medicare para dichas consultas y que está a cargo de un médico o un profesional médico calificado que no es un médico.</p> <p>Para las pruebas de detección del cáncer de pulmón mediante LDCT después de la LDCT inicial: los miembros deben recibir una orden por escrito para una prueba de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT, que puede realizar un médico o un profesional médico calificado que no sea un médico durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o un profesional médico que no sea un médico calificado decide realizar una consulta de asesoramiento sobre las pruebas de detección del cáncer de pulmón y la toma compartida de decisiones para las siguientes pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir los requisitos de Medicare para dichas consultas.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a las sesiones de asesoramiento y consultas para la toma compartida de decisiones cubiertas por Medicare, ni a la LDCT.</p>

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Examen de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) para clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para embarazadas y algunas personas que tienen mayor riesgo de contraer una ETS cuando las ordena un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo.</p> <p>Además, ofrecemos cobertura hasta de dos sesiones individuales en persona, de 20 a 30 minutos, de asesoramiento conductual cara a cara de alta intensidad por año para adultos sexualmente activos que tienen mayor riesgo de ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de atención primaria y si se llevan a cabo en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible al beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección de ETS y asesoramiento sobre ETS para prevenirlas.</p>

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Servicios para tratar las enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre las enfermedades renales para que los miembros conozcan el tema y tomen decisiones informadas acerca de su atención. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales de por vida para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando los refiera su médico. 	<p>Usted paga lo siguiente, según el tipo de consulta y el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para los miembros del plan Bronze: <ul style="list-style-type: none"> ◆ \$0 por consulta de atención primaria. ◆ \$35 por consulta de atención especializada. • Para los miembros del plan Core: <ul style="list-style-type: none"> ◆ \$0 por consulta de atención primaria. ◆ \$15 por consulta de atención especializada. • Para los miembros de los planes Silver o Gold: <ul style="list-style-type: none"> ◆ \$0 por consulta de atención primaria. ◆ \$10 por consulta de atención especializada. • Para los miembros del plan Gold: <ul style="list-style-type: none"> ◆ \$0 por consulta de atención primaria. ◆ \$10 por consulta de atención especializada.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente) capacitación para la autodiálisis (incluye la capacitación para usted y alguna persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) equipo y suministros para diálisis en el hogar ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, en caso de ser necesarias, las visitas de trabajadores capacitados en diálisis para revisar su diálisis en el hogar, ayudar en casos de emergencia, y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua) 	Coseguro del 20 %
<ul style="list-style-type: none"> tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo admiten como paciente hospitalizado a un hospital para recibir atención especializada) 	No se cobrarán cargos adicionales por los servicios recibidos durante las hospitalizaciones. Consulte la sección "Atención para pacientes hospitalizados" de esta Tabla de Beneficios Médicos para conocer los costos compartidos correspondientes a las hospitalizaciones.
<p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos recetados de Medicare Parte B.</p>	
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF)†</p> <p>(Para leer la definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. Este tipo de centros de atención de enfermería especializada a veces se conocen como SNF).</p> <p>Por periodo de beneficios, cubrimos hasta 100 días de servicios especializados para pacientes hospitalizados en centros de enfermería especializada, de acuerdo con las pautas de Medicare (no se requiere una hospitalización anterior). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p>	<p>Usted paga lo siguiente por periodo de beneficios, según el plan en el que esté inscrito:</p> <p>Para los miembros del plan Bronze:</p> <ul style="list-style-type: none"> \$0 del día 1 al 20. \$203 al día, del día 21 al 45. \$0 del día 46 al 100. <p>Para los miembros del plan Core:</p> <ul style="list-style-type: none"> \$0 del día 1 al 20. \$203 al día, del día 21 al 41. \$0 del día 42 al 100.


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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada (o privada, si es necesaria desde el punto de vista médico) • comidas, incluidas las dietas especiales • servicios de enfermería especializada • fisioterapia y terapia ocupacional y del habla • los medicamentos que se le administran como parte del plan de atención (incluidas las sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación) • sangre, incluidos el almacenamiento y la administración • suministros médicos y quirúrgicos que generalmente proporciona un SNF • análisis de laboratorio que generalmente proporciona un SNF • radiografías y otros servicios radiológicos que generalmente proporciona un SNF • el uso de aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente proporciona un SNF • servicios de un médico o profesional médico <p>Por lo general, usted recibirá atención en un SNF de la red. Sin embargo, si cumple las condiciones que se mencionan a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido correspondiente a un centro de atención de la red para usar un centro de atención fuera de la red, siempre y cuando el centro de atención acepte los montos que paga nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • un centro de adultos mayores o una comunidad de retiro de atención continua en la que usted haya vivido justo antes de que fuera al hospital (siempre y cuando esta proporcione atención de un centro de enfermería especializada) • un SNF en el que su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted salga del hospital 	<p>Para los miembros del plan Silver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 del día 1 al 20. • \$203 al día, del día 21 al 37. • \$0 del día 38 al 100. <p>Para los miembros del plan Gold:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 del día 1 al 10. • \$20 por día, del día 11 al 100. <p>El periodo de beneficios comienza el primer día en que usted va a un hospital para pacientes hospitalizados o a un centro de enfermería especializada (SNF) con cobertura de Medicare. El periodo de beneficios finaliza cuando transcurren 60 días calendario seguidos sin que esté internado en un hospital o un SNF.</p> <p>Nota: Si el periodo de beneficios comienza en 2023 y no termina hasta 2024, el costo compartido de 2023 continuará hasta que el periodo de beneficios termine.</p>

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p>Si usted consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco: Cubriremos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento en un periodo de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas cara a cara.</p> <p>Si usted consume tabaco y se le ha diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que pueda resultar afectado por el tabaco: Cubriremos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubriremos dos intentos por dejar de fumar con asesoramiento en un periodo de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas cara a cara.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para dejar de fumar y de consumir tabaco.</p>

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Terapia Supervisada de Ejercicio (SET)</p> <p>La SET está cubierta para los miembros que padecen la enfermedad arterial periférica (PAD) con síntomas y tienen un referido por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones a lo largo de un periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consistir en sesiones que duren de 30 a 60 minutos y que incluyan un programa de ejercicio o entrenamiento terapéutico para la PAD dirigido a los pacientes con claudicación • llevarse a cabo en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • ofrecerlo el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que esté capacitado en terapia de ejercicio para la PAD • estar bajo supervisión directa de un médico, asistente médico, o enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas <p>La SET podría estar cubierta, durante un periodo prolongado, por 36 sesiones adicionales a las 36 sesiones a lo largo de 12 semanas si un proveedor de atención médica lo considera necesario desde el punto de vista médico.</p>	<p style="text-align: center;">Usted paga \$25 por consulta.</p>

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Beneficios de transporte</p> <p>Cubrimos los viajes sencillos (limitados a 55 millas) para ir y volver de un proveedor de la red cuando los proporciona nuestro proveedor de transporte designado.</p>	<p>Los siguientes viajes se proporcionan a \$0:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 8 viajes sencillos por año para los miembros del plan Bronze. • Hasta 12 viajes sencillos por año para los miembros del plan Core. • Hasta 16 viajes sencillos por año para los miembros del plan Silver. • Hasta 30 viajes sencillos por año para los miembros del plan Gold. <p>Nota: Los miembros del plan reciben viajes adicionales si están inscritos en la opción 2 de Advantage Plus (consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más detalles).</p> <p>Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras.</p>

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata pero que, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener de los proveedores de la red. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios. Algunos ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son: si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios médicos inmediatos para una afección imprevista pero no es una emergencia médica; o si no es razonable debido a sus circunstancias obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red. El costo compartido de los servicios de urgencia proporcionados fuera de la red es el mismo que el de los servicios brindados dentro de la red.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de nuestra área de servicio: Debe recibir la atención de urgencia de los proveedores de la red, a menos que nuestra red de proveedores no esté disponible temporalmente o sea inaccesible debido a una circunstancia inusual y extraordinaria (por ejemplo, un desastre grave). • Fuera del área de servicio: usted cuenta con cobertura de atención de urgencia en todo el mundo cuando viaja en caso de que necesite atención médica inmediata por alguna enfermedad o lesión imprevista y si cree razonablemente que su salud podría deteriorarse gravemente si retrasa el tratamiento hasta volver a su área de servicio. <p>Consulte la Capítulo 3 del Sección 3 para obtener más información.</p>	<p>Consultas en el Departamento de Emergencias</p> <p>Usted paga lo siguiente por consulta en el Departamento de Emergencias, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$120 para los miembros de los planes Core, Bronze o Silver. • \$110 para los miembros del plan Gold. <p>Los servicios que se reciban en un departamento o centro de atención de urgencia de la red, o en casa, y la atención cubierta fuera de la red.</p> <p>Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$40 para los miembros del plan Bronze. • \$35 para los miembros de los planes Core o Silver. • \$25 para los miembros del plan Gold. <p>Nota: Si recibe otros servicios como consecuencia de una consulta de atención de urgencia, es posible que se le aplique el costo compartido que se indica en otra parte de esta Tabla de Beneficios Médicos para dichos servicios.</p>


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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Cuidado de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento por degeneración macular relacionada con la edad. • Para las personas con diabetes, una prueba de detección y monitoreo de la retinopatía diabética. • 🍏 Para las personas con un riesgo alto de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma al año. Las personas con riesgo alto de glaucoma incluyen a las personas que tienen antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos mayores de 50 años y los hispanos mayores de 65 años. • Original Medicare no cubre los exámenes de los ojos de rutina (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto. Sin embargo, nuestro plan sí cubre los siguientes exámenes: • Exámenes de los ojos de rutina (exámenes de refracciones oculares) para determinar si se tiene la necesidad de una corrección visual y para proporcionar recetas médicas para lentes. 	<p>\$0</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un cristalino intraocular. (Si se le practican dos operaciones diferentes de cataratas, no puede acumular el beneficio de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). Cristalinos o armazones correctivos (y su reemplazo) necesarios después de una operación de cataratas sin implante de cristalino. 	<p>\$0 por artículos para la visión de conformidad con las pautas de Medicare.</p> <p>*Nota: Si los artículos para la visión que compra cuestan más que el costo que Medicare cubre, usted paga la diferencia. No obstante, puede usar la asignación para artículos para la visión que se describe más adelante para pagar la diferencia, si dicha asignación no se usó en los últimos 12 meses.</p>

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>• Otros artículos para la visión Cada 12 meses, dependiendo del plan en el que esté inscrito, proporcionamos la asignación que se especifica a la derecha.</p> <p>La asignación se puede usar para pagar los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ cristalinicos para anteojos, si un proveedor de la red los coloca en un armazón ◆ armazones para anteojos con fines refractivos ◆ lentes de contacto (no incluyen los cargos por ajuste y entrega) ◆ artículos para la visión después de una cirugía de cataratas <p>Los artículos para la visión deben ser recetados por un optometrista o un oftalmólogo y deben ser adquiridos en una óptica de la red.</p> <p>No otorgaremos la asignación para cristalinicos ni armazones (aunque estén cubiertos de otra forma) si ya se proporcionó una en los 12 meses anteriores.</p>	<p>*Si el artículo para la visión que compre cuesta más que la asignación correspondiente a su plan, usted pagará la diferencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$350 para los miembros de los planes Bronze, Core o Gold. • \$250 para los miembros del plan Silver. <p>Nota: Su asignación aumenta cada 12 meses si se inscribe en la opción 1 de Advantage Plus (consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más detalles).</p>
<p> Consulta preventiva de Bienvenido a Medicare</p> <p>Cubrimos una consulta preventiva única de Bienvenido a Medicare. Esta consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas determinadas pruebas de detección e inyecciones) y referidos para recibir otro tipo de atención, si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva de Bienvenido a Medicare solo durante los primeros 12 meses después de contratar Medicare Parte B. Cuando haga la cita con el médico, coménteles que desea programar la consulta preventiva de Bienvenido a Medicare.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a la consulta preventiva de Bienvenido a Medicare.</p>
<p>Nota: Consulte el Capítulo 1, Sección 7 y el Capítulo 11 para obtener información sobre la coordinación de beneficios que se aplica a todos los servicios cubiertos descritos en esta Tabla de Beneficios Médicos.</p>	

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

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

Sección 2.2 – Medicare Explorer de Kaiser Permanente (beneficio suplementario de punto de servicio) solo para miembros de los planes Silver, Bronze y Gold

Para los miembros de los planes Bronze, Silver y Gold, si recibe servicios fuera de cualquier área de servicio de Kaiser Permanente, pero dentro de los Estados Unidos o sus territorios, cubrimos las visitas al consultorio preventivas, de rutina, de seguimiento o de atención continua, y otras pruebas y servicios para pacientes ambulatorios, obtenidos de proveedores fuera de la red de Medicare sin exceder el monto anual de beneficios cubiertos de **\$1,000** en cargos cubiertos por el plan por año calendario. **Una vez alcanzado el monto anual de beneficios de cobertura de \$1,000 por año calendario, usted paga cualquier monto que exceda el monto anual de beneficios de cobertura.**

Servicios cubiertos por Medicare Explorer de Kaiser Permanente	Lo que debe pagar*
Ultrasonidos	<ul style="list-style-type: none"> • \$40 por ultrasonido, para los miembros del plan Bronze. • \$35 por ultrasonido, para los miembros del plan Silver. • \$20 por ultrasonido, para los miembros del plan Gold.
Consultas de atención especializada	<ul style="list-style-type: none"> • \$35 por consulta, para los miembros del plan Bronze. • \$10 por consulta para los miembros de los planes Silver o Gold.
Consultas de rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva	<ul style="list-style-type: none"> • \$35 por visita individual, para los miembros del plan Bronze. • \$10 por visita individual para los miembros de los planes Silver o Gold. • \$0 por consultas grupales.
Consultas de fisioterapia, terapia del habla y ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> • \$25 por consulta, para los miembros del plan Bronze. • \$10 por consulta para los miembros de los planes Silver o Gold.
Atención de salud mental, intervención en casos de crisis y consultas de terapia individual y grupal por abuso de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> • \$10 por consulta individual y \$5 por consulta de terapia grupal para los miembros del plan Bronze. • \$5 por consulta individual y \$0 por consulta de terapia grupal para los miembros del plan Silver. • \$0 para los miembros del plan Gold.

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

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

Servicios cubiertos por Medicare Explorer de Kaiser Permanente	Lo que debe pagar*
Consultas de rehabilitación pulmonar	• \$5 por consulta
Visitas al consultorio de atención primaria	• \$0
Servicios quiroprácticos	<ul style="list-style-type: none"> • \$20 por consulta para los miembros de los planes Silver o Bronze. • \$15 por consulta, para los miembros del plan Gold.
Servicios de tratamiento con opioides	<ul style="list-style-type: none"> • \$35 por visita individual, para los miembros del plan Bronze. • \$10 por visita individual para los miembros de los planes Silver o Gold.
Pruebas diagnósticas, como electrocardiogramas (EKG), monitoreo con holter y electroencefalogramas (EEG).	• \$0
Análisis de laboratorio	• \$0
Exámenes de audición cubiertos por Medicare	• \$0
Servicios de oftalmología cubiertos por Medicare	• \$0
Radiografías	• \$0
Servicios preventivos cubiertos a \$0 en Original Medicare (marcados con el símbolo de una manzana en la Tabla de Beneficios Médicos anterior), así como retinopatía diabética	• \$0
Examen físico de rutina anual	• \$0
Sangre (incluidos el almacenamiento y la administración). La cobertura comienza desde la primera pinta.	• \$0
Determinados medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo (administrados clínicamente), incluida la inyección para la alergia	Del 0 % al 20 % de los cargos admisibles del médico por los medicamentos de Medicare Parte B administrados en un consultorio o clínica. Es posible que algunos medicamentos tengan menos del 20 % si se determina que exceden el monto de inflación.

- El monto facturado por el/los servicio(s) recibido(s), menos los copagos, se acumula al monto anual de beneficios de cobertura.

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

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

- Una vez alcanzado el monto anual de cobertura de beneficios, deberá pagar el balance del costo facturado por ese servicio.
 - ◆ Le recomendamos que utilice **Medicare.gov/care-compare** para encontrar un proveedor que acepte Medicare. Esto reducirá el riesgo del balance de facturación por parte del proveedor.
- Consulte las secciones de la Tabla de Beneficios Médicos correspondientes a cada uno de los servicios arriba indicados para obtener información detallada sobre lo que está cubierto.
- No es necesario obtener un referido o autorización previa para obtener estos servicios, pero le aconsejamos que llame a Servicio a los Miembros antes de recibir la atención para asegurarse de que está cubierta por nuestro beneficio.
- Usted tiene que comunicarse directamente con el proveedor para programar una cita. (**Nota:** Si el proveedor no acepta a un miembro de Kaiser Permanente con Medicare Explorer de Kaiser Permanente, necesitará localizar un proveedor diferente).
- El proveedor que elija puede presentar el reclamo en su nombre. Si el proveedor no presenta un reclamo en su nombre, tendrá que presentarnos usted un reclamo para obtener el reembolso. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo, vea el Capítulo 7. Usted es responsable de todos los cargos y tiene que presentarnos un reclamo para que le reembolsemos los servicios cubiertos.
- **Nota:** Comuníquese con Servicio a los Miembros para averiguar lo siguiente:
 - ◆ Para confirmar si se encuentra fuera del área de servicio de Kaiser Permanente. Estos servicios solo están cubiertos cuando usted viaja fuera de cualquier área de servicio de Kaiser Permanente.
 - ◆ Su balance acumulado en lo que va de año del monto anual de beneficios de cobertura.
 - ◆ Para obtener más explicaciones sobre lo que cubre el beneficio Medicare Explorer de Kaiser Permanente.
 - ◆ Para obtener más información sobre los formularios, el proceso y el estado de los reclamos.
- La atención cubierta por Medicare Explorer de Kaiser Permanente es la atención preventiva, de rutina, de seguimiento o continua que no es urgente ni de emergencia. **Nota:** La atención de urgencia fuera del área está cubierta tal y como se describe en la Tabla de Beneficios Médicos en la sección "Servicios de urgencia".
- Sus costos compartidos bajo el beneficio del POS Medicare Explorer de Kaiser Permanente no se aplican al gasto máximo de bolsillo anual (consulte la Sección 1.2 de este capítulo para obtener información sobre el MOOP).
- Consulte el Capítulo 5 y el Capítulo 6 o **kp.org/viajero** para obtener información sobre cómo recibir medicamentos recetados de Medicare Parte D mientras viaja fuera del área.

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

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

Sección 2.3 – Beneficios suplementarios opcionales que puede comprar

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

Le ofrecemos dos paquetes de beneficios suplementarios opcionales llamados "Advantage Plus". Usted solo recibe los beneficios descritos en esta sección si está inscrito en una o ambas de las opciones Advantage Plus. Si se inscribe en Advantage Plus, adquirirá todos los beneficios suplementarios relacionados con la opción Advantage Plus que seleccione, pero no podrá adquirir solo un beneficio dentro de la opción; por ejemplo, adquirir solo la cobertura de audífonos.

- La opción 1 incluye apoyo en el hogar, beneficios integrales dentales, de audífonos y de artículos para la visión.
- La opción 2 incluye apoyo en el hogar, beneficios de audífonos, de acupuntura y de transporte.

Cuándo puede inscribirse en Advantage Plus

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

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

Cancelación de la inscripción en Advantage Plus

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

Si cancela su afiliación a Advantage Plus y desea volver a inscribirse en el futuro, consulte las fechas en las que puede hacerlo en el apartado anterior, "Cuándo puede inscribirse en Advantage Plus". Recuerde que sus beneficios de audífonos y artículos para la visión no se renuevan con la reinscripción, ya que los audífonos solo se cubren una vez cada 24 meses y los artículos para la visión, una vez cada 12 meses.

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

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

<p>Opción 1 de Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en la opción 1 de Advantage Plus)</p>	<p>Lo que debe pagar*</p>
<p>Prima mensual adicional Esta prima se agrega a la prima de su plan Senior Advantage (consulte la Capítulo 1, Sección 4.1 para obtener más información sobre las primas).</p>	<p>\$39</p>
<p>Cobertura para audífonos Proporcionamos una asignación de \$500 por oído cada dos años para la compra de un audífono (incluidos los moldes del oído y las tarifas por entrega asociadas con la compra del audífono) cuando lo indica un audiólogo o médico de la red y se obtiene de un proveedor de la red. Un audífono es un dispositivo electrónico que una persona utiliza para amplificar el sonido. La asignación puede utilizarse solo en el punto de venta inicial. Si no usa la totalidad de su asignación en el punto de venta inicial, no podrá usarla más adelante.</p>	<p>*Si los audífonos que compra cuestan más que la asignación combinada de \$1,000, usted paga la diferencia. Si se inscribe en ambas opciones de Advantage Plus (la opción 1 y la opción 2), la asignación aumenta.</p>

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

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

<p>Opción 1 de Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en la opción 1 de Advantage Plus)</p>	<p>Lo que debe pagar*</p>
<p>Cobertura adicional de artículos para la visión</p> <p>La inscripción en la opción 1 de Advantage Plus aumenta su asignación estándar para artículos para la visión que se describe en la Tabla de Beneficios Médicos, en la sección "Cuidado de la vista", ya que cada año se agregan otros \$200 de asignación a la asignación estándar.</p> <p>Dependiendo del plan en el que esté inscrito, proporcionamos la asignación combinada que se especifica a la derecha.</p> <p>La asignación se puede usar para pagar los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cristalinicos para anteojos, si un proveedor de la red los coloca en un armazón • armazones para anteojos con fines refractivos • lentes de contacto (no incluyen los cargos por ajuste y entrega) • artículos para la visión después de una cirugía de cataratas <p>Los artículos para la visión deben ser recetados por un optometrista o un oftalmólogo y deben ser adquiridos en una óptica de la red.</p> <p>No otorgaremos la asignación para cristalinicos ni armazones (aunque estén cubiertos de otra forma) si ya se proporcionó una en los 12 meses anteriores.</p>	<p>*Si el artículo para la visión que compre cuesta más que la asignación combinada correspondiente a su plan que se enumera a continuación, usted pagará la diferencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$550 para los miembros de los planes Bronze, Core o Gold. • \$450 para los miembros del plan Silver.

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

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

<p>Opción 1 de Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en la opción 1 de Advantage Plus)</p>	<p>Lo que debe pagar*</p>
<p>Apoyo en el hogar Los miembros reciben 8 horas cada mes por servicios no médicos y de apoyo en el hogar para la asistencia con actividades de la vida diaria (ADL) y actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) en el hogar. Horas mínimas por visita: cada visita debe ser al menos de 2 horas.</p>	<p>\$0 por 8 horas de apoyo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 16 horas de asignación combinada para los miembros de los planes Silver o Gold. • Si se inscribe en ambas opciones de Advantage Plus (la opción 1 y la opción 2), la asignación aumenta. <p>Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras.</p>

Atención dental integral de la opción 1 de Advantage Plus	Para la red Delta Dental Premier usted paga*	Para la red Delta Dental PPO usted paga*
<p>Límite de beneficio anual de \$1,000.</p> <p>Nota: Los miembros de todos los planes tienen cobertura para los servicios dentales integrales que se describen en la Tabla de Beneficios Médicos en "Servicios dentales". Los límites de ambos beneficios se combinan como se muestra a la derecha.</p> <p>Miembros de Core: Cuando alcance el límite anual de beneficios combinado de \$2,450 por atención dental preventiva e integral proporcionada por dentistas de Delta Dental PPO o Dental Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p>	<p>Después de que el plan pague \$1,000 para los miembros del plan Core en un año calendario por atención dental integral, provista por los dentistas de la red de Delta Dental Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Después de que el plan pague \$1,500 para los miembros del plan Bronze, Silver o Gold en un año calendario por atención dental integral, provista por los dentistas de la red de Delta Dental Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p>	<p>Después de que el plan pague \$2,450 para los miembros del plan Core en un año calendario por atención dental integral, provista por los dentistas de la red de Delta Dental Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Después de que el plan pague \$2,650 para los miembros de los planes Silver o Gold en un año calendario por atención dental integral, provista por los dentistas de la red de Delta Dental PPO, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p>

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

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

Atención dental integral de la opción 1 de Advantage Plus	Para la red Delta Dental Premier usted paga*	Para la red Delta Dental PPO usted paga*
<p>Nota: El límite máximo de beneficios para dentistas de Delta Dental Premier no puede exceder los \$1,000.</p> <p>Miembros de Silver y Gold: Cuando alcance el límite anual de beneficios combinado de \$2,650 por atención dental preventiva e integral proporcionada por dentistas de Delta Dental PPO o Dental Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Nota: El límite máximo de beneficios para dentistas de Delta Dental Premier no puede exceder los \$1,500.</p> <p>Miembros de Bronze: Cuando alcance el límite anual de beneficios combinado de \$3,350 por atención dental preventiva e integral proporcionada por dentistas de Delta Dental PPO o Dental Premier, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p> <p>Nota: El límite máximo de beneficios para dentistas de Delta Dental Premier no puede exceder los \$1,500.</p>		<p>Después de que el plan pague \$3,350 para los miembros del plan Bronze en un año calendario por atención dental integral, provista por los dentistas de la red de Delta Dental PPO, usted paga el 100 % durante el resto del año.</p>

Atención dental integral de la opción 1 de Advantage Plus	Para la red Delta Dental Premier usted paga*	Para la red Delta Dental PPO usted paga*
<p>Cubrimos los siguientes servicios dentales integrales cuando son proporcionados por dentistas de la red Delta Dental Premier® y/o la red Delta Dental PPO™ (consulte el Directorio de Proveedores para conocer los dentistas de la red) y están sujetos a las exclusiones y limitaciones (incluidos los límites de consultas) que se describen en la Sección 3.2 de este capítulo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios básicos: <ul style="list-style-type: none"> ◆ empastes ◆ retención de la espiga por diente ◆ extracciones simples ◆ alivio del dolor de emergencia 	<p>Usted paga un coseguro del 50 % hasta que alcanza el límite de beneficio anual de su plan.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 30 % hasta que alcance el límite de beneficio anual de su plan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios mayores: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Coronas. ◆ Reconstrucciones de muñón. ◆ Reconstrucción de poste y muñón. ◆ Poste y muñón prefabricados. ◆ Reparación de corona. ◆ Incrustaciones de metal. (Se proporcionará un beneficio alternativo por empaste metálico. El paciente deberá pagar la tarifa restante aprobada). ◆ Recubrimientos de metal. ◆ Endodoncia. ◆ Periodoncia. ◆ Dentaduras completas. ◆ Dentaduras parciales. 	<p>Usted paga un coseguro del 50 % hasta que alcanza el límite de beneficio anual de su plan.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 50 % hasta que alcanza el límite de beneficio anual de su plan.</p>

Atención dental integral de la opción 1 de Advantage Plus	Para la red Delta Dental Premier usted paga*	Para la red Delta Dental PPO usted paga*
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Procedimientos de reparación, ajuste y rebasado de dentadura postiza. ◆ Servicios de cirugía bucal. ◆ Retenedores de dentaduras postizas parciales fijas. ◆ Servicios generales complementarios. 		

Opción 2 de Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en la opción 2 de Advantage Plus)	Lo que debe pagar*
Prima mensual adicional Esta prima mensual adicional se suma a la prima de su plan Senior Advantage (para obtener más información sobre la prima, consulte la Capítulo 1, Sección 4.1).	\$14

<p>Opción 2 de Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en la opción 2 de Advantage Plus)</p>	<p>Lo que debe pagar*</p>
<p>Cobertura para audífonos Proporcionamos una asignación de \$500 por oído cada dos años para la compra de un audífono (incluidos los moldes del oído y las tarifas por entrega asociadas con la compra del audífono) cuando lo indica un audiólogo o médico de la red y se obtiene de un proveedor de la red. Un audífono es un dispositivo electrónico que una persona utiliza para amplificar el sonido. La asignación puede utilizarse solo en el punto de venta inicial. Si no usa la totalidad de su asignación en el punto de venta inicial, no podrá usarla más adelante.</p>	<p>*Si los audífonos que compra cuestan más que la asignación combinada de \$1,000, usted paga la diferencia. Si se inscribe en ambas opciones de Advantage Plus (la opción 1 y la opción 2), la asignación aumenta.</p>
<p>Apoyo en el hogar Los miembros reciben 8 horas cada mes por servicios no médicos y de apoyo en el hogar para la asistencia con actividades de la vida diaria (ADL) y actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) en el hogar. Horas mínimas por visita: cada visita debe ser al menos de 2 horas.</p>	<p>\$0 por 8 horas de apoyo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 16 horas de asignación combinada para los miembros de los planes Silver o Gold. • Si se inscribe en ambas opciones de Advantage Plus (la opción 1 y la opción 2), la asignación aumenta. • Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras.

<p>Opción 2 de Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en la opción 2 de Advantage Plus)</p>	<p>Lo que debe pagar*</p>
<p>Servicios de acupuntura de rutina</p> <p>Ofrecemos cobertura hasta para un total de 16 consultas de autorreferido para servicios de acupuntura por año calendario cuando se reciben de proveedores participantes. Para obtener una lista de los acupunturistas y centros participantes, consulte nuestro Directorio de Proveedores o comuníquese con Servicio a los Miembros al 1-800-476-2167 (TTY 711).</p> <p>Los servicios de acupuntura que se indican a continuación tienen cobertura si son apropiados desde el punto de vista clínico para el tratamiento de dolor neuromusculoesquelético derivado de una lesión o enfermedad, o para el tratamiento de las alergias, el asma, las náuseas o el vómito, cuando se reciben de acupunturistas participantes: acupuntura por estimulación manual, electroacupuntura aplicada a las agujas insertadas y acupresión. El uso de ventosas y la moxibustión solo están cubiertos si son necesarios para remplazar la estimulación eléctrica.</p>	<p>\$15 por consulta.</p>

Opción 2 de Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en la opción 2 de Advantage Plus)	Lo que debe pagar*
Beneficios de transporte Cubrimos hasta 20 viajes sencillos al año (limitado a viajes de 55 millas) para ir a y regresar de la ubicación de un proveedor de la red. Este servicio debe ser proporcionado por nuestro proveedor de transporte designado. Nota: Para todos los miembros del plan inscritos en esta opción, existe una cobertura de transporte adicional (consulte "Beneficios de transporte" en la Tabla de Beneficios Médicos para obtener más información).	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 por hasta 28 viajes sencillos combinados para los miembros del plan Bronze. • \$0 por hasta 32 viajes sencillos combinados para los miembros del plan Core. • \$0 por hasta 36 viajes sencillos combinados para los miembros del plan Silver. • \$0 por hasta 50 viajes sencillos combinados para los miembros del plan Gold. <p>Para obtener más información, visite https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/health-wellness/senior-health/extras.</p>

Sección 3 — ¿Cuáles son los servicios que no cubre nuestro plan?

Sección 3.1 – Servicios que no cubrimos (exclusiones)

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

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

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), tendrá que pagarlos usted mismo, salvo en las circunstancias específicas que se indican a continuación. Aunque usted reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, los servicios excluidos siguen sin tener cobertura y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y tras la apelación se decide: que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un servicio médico, consulte la Capítulo 9, Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	Sin cobertura en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Acupuntura		Disponible para personas con dolor crónico en la parte baja de la espalda en determinadas circunstancias.
Atención en un centro de atención intermedia o residencial, un centro de alojamiento asistido o un hogar de acogida para adultos	Sin cobertura en ningún caso	
Concepción a través de métodos artificiales, como fecundación in vitro, transferencia intratubárica de cigotos, trasplantes de óvulos y transferencia intratubárica de gametos (excepto que la inseminación artificial y los servicios relacionados estén cubiertos por Medicare)	Sin cobertura en ningún caso	
Cirugía estética o procedimientos estéticos		Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la funcionalidad de un miembro del cuerpo con malformaciones. Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción del seno después de una mastectomía, así como para los procedimientos necesarios en el otro seno para lograr una apariencia simétrica.

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	Sin cobertura en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
<p>Atención de custodia</p> <ul style="list-style-type: none"> • La atención de custodia es atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que le ayuda con actividades de la vida diaria, por ejemplo, bañarse o vestirse. 	<p>Sin cobertura en ningún caso</p>	<p>La exclusión no se aplica según la descripción en "Apoyo en el hogar para miembros de los planes Silver y Gold" en la Tabla de Beneficios Médicos.</p> <p>Esta exclusión tampoco se aplica si está inscrito en los beneficios suplementarios opcionales que se describen en la Sección 2.3 de este capítulo.</p>
<p>Servicios o procedimientos opcionales o voluntarios (incluidos la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el rendimiento sexual y atlético, los propósitos estéticos, los tratamientos contra el envejecimiento y el rendimiento mental)</p>		<p>Cubiertos si son necesarios desde el punto de vista médico y están cubiertos por Original Medicare.</p>

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	Sin cobertura en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
<p>Medicamentos, equipo y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que, según nuestro plan y Original Medicare, la comunidad médica generalmente no acepta. 		<p>Podrían tener la cobertura de Original Medicare por medio de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare. (Consulte la Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	Sin cobertura en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
<p>Los siguientes servicios y artículos para la visión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • plan de protección de cristalinos • productos de venta sin receta médica • armazones y lentes industriales o de seguridad • cristalinos y gafas de sol sin valor refractivo, excepto que esta exclusión no se aplica a un cristalino de equilibrio claro si solo un ojo necesita corrección o cristalinos tintados cuando sea médicamente necesario tratar la degeneración macular o la retinitis pigmentosa • reemplazo de cristalinos o armazones perdidos, rotos o dañados • adorno para anteojos o lentes de contacto • artículos para la visión que por ley no requieren receta médica (además de los armazones para anteojos o un cristalino de equilibrio cubierto) 	<p>Sin cobertura en ningún caso</p>	

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	Sin cobertura en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Las tarifas que cobran sus familiares inmediatos o los miembros de su hogar	Sin cobertura en ningún caso	
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar	Sin cobertura en ningún caso	
<p>Los siguientes artículos de ayuda auditiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • audífonos implantados internamente • reemplazo de piezas, accesorios, baterías, reparación de audífonos y reposición de audífonos perdidos o dañados • paquetes de servicio que incluyen el ajuste, la limpieza y la inspección de audífonos después de la garantía del fabricante 	Sin cobertura en ningún caso	
Comidas con entrega a domicilio	Sin cobertura en ningún caso	
Servicios de tareas domésticas, incluida la asistencia con las tareas domésticas básicas, como hacer una limpieza rápida o preparar comidas sencillas		<p>La exclusión no se aplica según la descripción en "Apoyo en el hogar para miembros de los planes Silver y Gold" en la Tabla de Beneficios Médicos.</p> <p>Esta exclusión tampoco se aplica si está inscrito en los beneficios suplementarios opcionales que se describen en la Sección 2.3 de este capítulo.</p>

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	Sin cobertura en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Servicios autorizados de ambulancia sin transporte		Cubiertos si la ambulancia lo transporta a usted o si están cubiertos por Medicare.
Masoterapia		Servicio cubierto cuando se indica como parte del programa de fisioterapia de acuerdo con las pautas de Medicare.
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	Sin cobertura en ningún caso	
Cristalinos intraoculares (IOL) no convencionales después de una cirugía de cataratas (por ejemplo, IOL para corregir la presbicia)	Sin cobertura en ningún caso	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		Zapatos que forman parte de una pierna ortopédica y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para las personas con pie diabético.
Artículos personales en su habitación del hospital o de un centro de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión	Sin cobertura en ningún caso	

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	Sin cobertura en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Exámenes físicos y otros servicios (1) necesarios para obtener o conservar el empleo, o para participar en programas de empleados, (2) necesarios para obtener seguros o licencias, o (3) solicitados por orden judicial o necesarios para obtener libertad condicional o un período de prueba		Cubiertos si un médico de la red determina que los servicios son necesarios desde el punto de vista médico o de atención preventiva adecuada desde el punto de vista médico.
Servicios de enfermería privada	Sin cobertura en ningún caso	
Habitación privada en un hospital		Servicio cubierto cuando es médicamente necesario.
Pruebas psicológicas de capacidad, aptitud, inteligencia o interés	Sin cobertura en ningún caso	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para la visión disminuida	Sin cobertura en ningún caso	

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	Sin cobertura en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Cirugía reconstructiva que ofrece únicamente mejoras mínimas en la apariencia o que se realiza para modificar o cambiar la forma de las estructuras normales del cuerpo a fin de mejorar la apariencia		Cubrimos la cirugía reconstructiva para corregir o reparar las anomalías en las estructuras del cuerpo provocadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, lesiones accidentales, traumas, infecciones, tumores o enfermedades, si un médico de la red determina que es necesaria para mejorar la función o crear una apariencia normal, dentro de lo posible.
Procedimientos para revertir la esterilización y suministros anticonceptivos que no requieren receta médica	Sin cobertura en ningún caso	
Atención quiropráctica de rutina		La manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación está cubierta.
Servicios que se considere que no son razonables ni necesarios según los estándares de Original Medicare		Esta exclusión no se aplica a los servicios o artículos que no están cubiertos por Original Medicare, pero que están cubiertos por nuestro plan.
Servicios que se proporcionan a los veteranos en los centros de atención del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA)		Si un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia. Los miembros siguen siendo responsables de pagar los costos compartidos de nuestro plan.

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	Sin cobertura en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Servicios relacionados con servicios o artículos sin cobertura		Cuando un servicio o un artículo no tiene cobertura, se excluyen todos los servicios relacionados con el artículo o servicio sin cobertura, (1) excepto los que de otra forma tendrían cobertura para el tratamiento de complicaciones del servicio o artículo sin cobertura, o bien (2) sí tienen cobertura de acuerdo con las pautas de Medicare.
Servicios para revertir la infertilidad voluntaria inducida quirúrgicamente	Sin cobertura en ningún caso	
Gastos de traslados y alojamiento		Es posible que paguemos determinados gastos que autorizaremos previamente conforme a nuestras pautas para traslados y alojamiento.

Sección 3.2 – Exclusiones y limitaciones dentales

Los siguientes servicios y artículos no están cubiertos por sus beneficios dentales que se describen en la Tabla de Beneficios Médicos en "Servicios dentales" y en la Sección 2.3 de este capítulo, ni para los miembros inscritos en la opción 1 de Advantage Plus:

- Servicios para tratar lesiones o condiciones cubiertas por la compensación del trabajador o las leyes de responsabilidad del empleador. Servicios brindados por cualquier agencia de gobierno federal o estatal. Servicios brindados sin costo por cualquier ciudad, condado u otra subdivisión política. Todos los servicios por los que la persona no pagaría si no estuviera asegurada, excepto si dicha exclusión está prohibida por ley.
- Cualquier servicio cubierto iniciado cuando la persona no era elegible para dicho servicio de conformidad con este contrato.
- Servicios para el tratamiento de malformaciones congénitas (presentes en el nacimiento) o de desarrollo (después del nacimiento), excepto servicios dentales intrabucales para el tratamiento de una condición que esté relacionada o que se haya desarrollado a causa del labio o paladar leporino.
- Servicios por motivos estéticos.
- Servicios para la restauración de la estructura de los dientes perdidos a raíz de desgaste, erosión, abrasión o abfracción.

- Servicios relacionados con la protección, la alteración, la corrección, la estabilización, la reconstrucción o el mantenimiento de los dientes debido a la alineación, la oclusión o el moldeado inadecuados.
- Servicios relacionados con la estabilización periodontal de los dientes.
- Dispositivos para hábitos, protectores bucales nocturnos, férulas oclusales, protectores bucales para atletas y servicios gnatólogicos (función de la mandíbula), registros o análisis de la mordida, o cualquier servicio relacionado.
- Premedicación, analgesia, hipnosis o cualquier otro servicio para el manejo de pacientes (excepto los servicios anestésicos cubiertos).
- Servicios que de otra manera estarían cubiertos, pero que, debido a la condición subyacente del paciente, no serían exitosos para mejorar su salud bucal.
- Cualquier procedimiento que se haga en anticipación de una necesidad a futuro (excepto los servicios preventivos cubiertos).
- Costos de hospital o cualquier otro cargo por el uso de cualquier centro de atención.
- Todos los servicios de anestesia no incluidos en los servicios cubiertos en la opción 1 de Advantage Plus.
- Injertos realizados en la boca donde no haya dientes.
- Injertos, tejidos u otras sustancias de fuera de la boca, que se coloquen en la boca. Aumentos, implantes y cualquier aparato relacionado. Extirpación de implantes o cualquier servicio relacionado.
- Servicios de ortodoncia, incluidos procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos para diagnosticar y tratar la mala alineación de los dientes o la mandíbula, a menos que se incluyan como cubiertos en la tabla de beneficios de la Sección 2.3 de este capítulo.
- Terapia miofuncional o terapia del habla.
- Servicios para el tratamiento de cualquier trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ), dolor facial o cualquier afección relacionada.
- Servicios no prestados en conformidad con las leyes del estado de Colorado. Servicios efectuados por cualquier persona distinta a una persona con licencia para efectuarlos. Servicios realizados para tratar cualquier condición que no sea una enfermedad, malformación, anomalía o trastorno bucal o dental.
- Instrucciones de higiene bucal o de dieta.
- Llenado de formularios. Entrega de información o registros diagnósticos. Copiado de radiografías u otros archivos.
- Reemplazo de aparatos perdidos, robados o dañados.
- Reparación de dispositivos alterados por alguien que no sea dentista.
- Todos los servicios, incluidos los servicios o procedimientos relacionados no contemplados específicamente en los servicios cubiertos.
- Servicios por los cuales no se hubieran realizado cargos de no existir esta cobertura, a excepción de los servicios proporcionados por Medicaid.

- Programas de control preventivo, incluidos artículos para los cuidados en el hogar.
- Programas para el control de la placa.
- Lesiones que usted se causa a sí mismo.
- férulas provisionales.
- Injerto de hueso cuando se realiza en el mismo sitio que una extracción dental, implante, apicectomía o hemisección.
- Servicios brindados para el tratamiento de dientes retenidos por una sobredentadura.
- Cualquier servicio prostodóntico brindado dentro de los 60 meses de servicios de restauración especial en el mismo diente.
- Cualquier servicio de restauración especial brindado dentro de los 60 meses de servicios prostodónticos fijos en el mismo diente.
- Los dispositivos prostodónticos fijos y removibles (puentes y dentaduras postizas parciales) no son un beneficio en el mismo arco, a menos que la dentadura fija (puente) reemplace los dientes frontales. La asignación está limitada a la asignación para la dentadura postiza parcial removible.
- Los siguientes servicios de endodoncia no están cubiertos:
 - ◆ Recubrimiento pulpar (directo o indirecto).
 - ◆ Tratamiento de obstrucción del conducto radicular.
 - ◆ Regeneración pulpar.
 - ◆ Cirugía perirradicular (incluidos injertos de hueso y materiales biológicos en conjunto con esta).
 - ◆ Regeneración guiada de tejido.
 - ◆ Implante endodóntico endoóseo.
 - Reimplante intencional.
- Los siguientes servicios de periodoncia no están cubiertos:
 - ◆ Gingivectomía o gingivoplastia para poder realizar servicios de restauración.
 - ◆ Exposición de corona anatómica.
 - ◆ Materiales biológicos para facilitar la generación de tejidos.
 - ◆ Injertos de tejido conectivo autógeno y no autógeno.
 - ◆ Injertos de tejido conjuntivo y de pedículo doble.
 - ◆ Procedimientos de injertos de tejido blando sin costo.
 - ◆ férulas provisionales.
 - ◆ Desbridamiento de la boca completa.
 - ◆ Colocación localizada de agentes antimicrobianos.
 - ◆ Cambio no programado de vendajes.
 - ◆ Irrigación gingival.

- Los siguientes procedimientos de reparación, ajuste y rebasado de dentaduras no están cubiertos:
 - ◆ Reemplazo de todos los dientes y el material acrílico de las estructuras dentales de metal fundido (mandibular o maxilar).
 - ◆ Acondicionamiento de tejidos.
 - ◆ Puentes fijos.
 - ◆ Pónticos en prótesis parciales fijas, excepto los pónticos provisionales.
- Los siguientes servicios de cirugía bucal no están cubiertos:
 - ◆ Coronectomía.
 - ◆ Trasplante dental.
 - ◆ Acceso quirúrgico de diente ininterrumpido.
 - ◆ Recolección de muestra para citología exfoliativa.
 - ◆ Reposicionamiento quirúrgico de los dientes.
 - ◆ Fibrotomía.
 - ◆ Colocación quirúrgica de dispositivo de anclaje temporal.
 - ◆ Obtención de material óseo para usarlo en la colocación de injertos autógenos.
 - ◆ Alveoloplastia junto con extracciones.
 - ◆ Escisión de lesión benigna de más de 1.25 cm.
 - ◆ Escisión de lesión benigna (complicada).
 - ◆ Escisión de lesión maligna de hasta 1.25 cm.
 - ◆ Extracción de tumores malignos.
 - ◆ Extirpación de tumores o quistes benignos no odontogénicos.
 - ◆ Tratamiento de fracturas.
 - ◆ Reducción de dislocación y tratamiento de otras disfunciones de la TMJ.
 - ◆ Sutura complicada.
 - ◆ Injertos de piel.
 - ◆ Recolección y aplicación de concentrado de sangre autóloga.
 - ◆ Osteoplastia.
 - ◆ Osteotomía.
 - ◆ Fracturas de Le Fort I, II o III.
 - ◆ Injerto de cartílago de la mandíbula o el maxilar.
 - ◆ Aumento sinusal.
 - ◆ Injerto de reemplazo óseo para la preservación de la cresta.
 - ◆ Reparación de defectos del tejido maxilofacial blando y duro.
 - ◆ Frenectomía.
 - ◆ Frenuloplastia.
 - ◆ Traqueotomía de emergencia.

- ◆ Coronoidectomía.
- ◆ Injerto sintético.
- ◆ Implante de mandíbula para aumento.
- ◆ Remoción de aparatos.
- ◆ Colocación intraoral de dispositivo de fijación.
- Los siguientes servicios de retenedores de dentadura postiza parcial fija no están cubiertos:
 - ◆ Retenedores de corona e incrustaciones de porcelana.
 - ◆ Retenedor de recubrimiento e incrustación de 2 superficies de metal noble fundido, metal predominantemente bajo y metal altamente noble.
 - ◆ Retenedor de corona provisorio.
 - ◆ Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija.
 - ◆ Reparación de dentadura postiza parcial fija necesaria por falla del material restaurador.
- Los siguientes servicios generales complementarios no están cubiertos:
 - ◆ Tratamiento de emergencia de dolor dental.
 - ◆ Anestesia local.
 - ◆ Anestesia de bloque regional.
 - ◆ Inhalación de óxido nitroso o analgesia.
 - ◆ Sedación consciente no intravenosa.
 - ◆ Consultas profesionales.
 - ◆ Visitas profesionales.
 - ◆ Medicamentos.
 - ◆ Diversos servicios complementarios con excepción de la limpieza de dentaduras postizas.

Limitaciones de los servicios dentales básicos

- La asignación para el empaste de amalgamas se realizará para los empastes blancos posteriores (traseros). El beneficio se aplicará una vez por superficie cada 24 meses.
- Se brindarán beneficios para empastes de amalgama o blancos una vez por superficie cada 24 meses en el mismo diente.
- Se brinda el beneficio de retención mediante espiga una vez cada 12 meses para el mismo diente.

Limitaciones de los servicios dentales principales

- Servicios periodónticos quirúrgicos cubiertos: una vez en un periodo de 36 meses.
Servicios periodónticos no quirúrgicos cubiertos: una vez en un periodo de 24 meses.
- Las limpiezas de periodoncia están disponibles solo si el miembro tiene antecedentes documentados previos de tratamiento de periodoncia, con un límite de dos por año calendario.
- El rebasado de un dispositivo prostodóntico se realizará una vez en un periodo de 36 meses.

- Los beneficios de reconstrucción de muñones, postes y coronas, o de postes y muñones prefabricados no se brindarán más de una vez en un periodo de 84 meses que incluya restauraciones del mismo diente. Esto incluye cualquier disposición anterior de servicios prostodónticos cubiertos, como puentes fijos.
- Los beneficios de reparación de corona no se brindarán más de una vez en un periodo de 12 meses para el mismo diente.
- Los beneficios de recementación de una corona, un recubrimiento o un puente no se brindarán más de una vez en un periodo de 6 meses.
- El beneficio para la colocación de coronas y recubrimientos no se proporcionará más de una vez en un periodo de 84 meses que incluya restauraciones del mismo diente.
- La asignación de coronas posteriores al primer molar se limitará a la asignación de una restauración metálica completa. El paciente será responsable de la parte de la tarifa del dentista que supere la asignación de Delta Dental.
- La colocación inicial de dentaduras completas o parciales es un beneficio únicamente para reemplazar un diente natural que se extrajo cuando el paciente estaba cubierto por este contrato. El beneficio de reemplazo se proporciona una vez cada 60 meses si el diente no puede repararse ni hacerse útil.
- Los beneficios de ajuste de dentaduras parciales o completas no se brindarán más de dos veces en un periodo de 12 meses.
- Los beneficios de rebasado de dentaduras parciales o completas no se brindarán más de una vez cada 36 meses.
- Los beneficios de acondicionamiento del tejido de dentaduras parciales o completas no se brindarán más de dos veces cada 36 meses.
- La colocación inicial de puentes fijos es un beneficio únicamente para reemplazar un diente natural que se extrajo cuando el paciente estaba cubierto por este contrato. El beneficio de reemplazo se proporciona una vez cada 84 meses si el diente no puede repararse ni hacerse útil. Esto incluye cualquier disposición anterior de servicios cubiertos de restauración principales, como coronas y recubrimientos.

Sección 3.3 – Exclusiones en la cobertura de acupuntura de la opción 2 de Advantage Plus

Si está inscrito en la opción 2 de Advantage Plus, descrita en la Sección 2.3 de este capítulo, su cobertura de acupuntura de Advantage Plus no cubre los siguientes servicios o artículos:

- Alquiler o compra de purificadores de aire, colchones terapéuticos, suministros u otros dispositivos, aparatos o equipo similares.
- Vitaminas, hierbas medicinales, plantas medicinales o suplementos nutricionales.
- Masajes o técnicas de tejidos blandos, excepto acupresión; tratamientos principalmente para la obesidad o el control del peso; rehabilitación vocacional, por un ataque cerebral o a largo plazo; hipnoterapia; entrenamiento del comportamiento; terapia del sueño o autorregulación; servicios de acupuntura proporcionados para el mantenimiento o servicios de atención preventiva; adicción, incluidos servicios para dejar de fumar.

Capítulo 5 — Cómo usar la cobertura de nuestro plan para obtener los medicamentos recetados de la Parte D

Sección 1 — Introducción

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

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

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

- Usted tiene que tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que le prescriba recetas) que le haga una receta médica que tiene que ser válida según la ley estatal aplicable.
- El profesional que le prescriba las recetas no debe figurar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta médica. (Consulte la Sección 2 de este capítulo, "Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través de nuestro servicio de pedido por correo").
- Su medicamento debe estar en la **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de 2024** (llamada "Lista de Medicamentos", para abreviar). (Consulte la Sección 3 en este capítulo, "Sus medicamentos deben estar en nuestra Lista de Medicamentos").
- El medicamento debe utilizarse según una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Una indicación aceptada desde el punto de vista médico es un uso de un medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación aceptada desde el punto de vista médico).

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

Sección 2.1 – Utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, las recetas solo se cubrirán si las surte en las farmacias de la red. (Consulte la Sección 2.5 de este capítulo para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red).

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

Sección 2.2 – Farmacias de la red

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

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

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Algunas de nuestras farmacias de la red ofrecen un costo compartido preferido, que puede ser inferior al costo compartido en una farmacia que ofrece un costo compartido estándar. El **Directorio de Farmacias** le indicará cuáles de las farmacias de la red ofrecen costos compartidos preferidos. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo podrían variar los gastos de bolsillo en función de los distintos medicamentos.

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

Si la farmacia que ha estado usando deja de formar parte de la red de nuestro plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que pertenezca a nuestra red. O si la farmacia que ha estado utilizando sigue perteneciendo a la red pero ya no ofrece el costo compartido preferido, es posible que desee cambiar a otra red o farmacia preferida, si está disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicio a los Miembros o utilizar el **Directorio de Farmacias**. También puede encontrar información en nuestro sitio web, en kp.org/directory.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapias de infusión en el hogar.
- Farmacias que surten medicamentos para los residentes de centros de cuidados a largo plazo (LTC). En general, los centros de LTC (como un centro de adultos mayores) tienen su propia farmacia. Si tiene dificultades para acceder a los beneficios de la Parte D en un centro de LTC, contacte a Servicio a los Miembros.
- Farmacias que trabajan con el Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program (no disponibles en Puerto Rico). A menos que se trate de una emergencia, solo los nativos estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red. Farmacias de Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health (I/T/U) deben estar dentro de nuestra área de servicio.
- Las farmacias que venden medicamentos que están restringidos a lugares específicos por la FDA o que requieren un manejo especial, la coordinación de los proveedores o una explicación de su modo de uso. **Nota: Este caso no es frecuente.**

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

Sección 2.3 – ¿Cómo usar nuestros servicios de pedido por correo?

Para obtener determinados medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan. En general, los medicamentos proporcionados por medio del servicio de pedido por correo son medicamentos que se toman de manera regular para tratar una condición médica crónica o a largo plazo. Estos medicamentos se marcan como medicamentos de pedido por correo en nuestra "Lista de Medicamentos".

Nuestro servicio de pedido por correo del plan le permite pedir un suministro hasta para 90 días.

Para obtener información sobre cómo surtir las recetas médicas por correo, llame a Servicio a los Miembros. Usted puede, de manera conveniente, solicitar resurtidos de medicamentos de las siguientes maneras:

- Regístrese y haga sus pedidos de manera segura en línea en **kp.org/refill**.
- Llame a nuestro servicio de pedido por correo al **1-866-523-6059 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.
- Llame al número resaltado que se indica en la etiqueta de su medicamento recetado y siga las indicaciones.
- Asegúrese de seleccionar la opción de entrega por correo cuando se le indique.

Si solicita un resurtido con entrega a domicilio en línea, por teléfono o por escrito, debe pagar el costo compartido al realizar el pedido (no se aplican cargos por envío en el caso del servicio normal de pedido por el USPS). Si así lo prefiere, puede elegir la farmacia de la red donde desea recoger y pagar sus medicamentos recetados. Comuníquese con una farmacia de la red para saber si su receta médica se puede surtir por correo o consulte nuestra "Lista de Medicamentos" para obtener información sobre el tipo de medicamentos que pueden enviarse por correo.

En general, los pedidos de una farmacia de pedidos por correo tardan menos de 5 días en llegar. Si el pedido por correo de su medicamento recetado se demora, llame al número que aparece anteriormente o en la tapa del frasco del medicamento recetado para recibir ayuda. Además, si no puede esperar a recibir su medicamento recetado de nuestra farmacia de pedidos por correo, puede obtener un suministro de urgencia llamando a su farmacia minorista preferida local de la red que aparece en su **Directorio de Farmacias** o en **kp.org/directory**. Tenga en cuenta que quizá pague más si obtiene un suministro de 90 días de una farmacia minorista de la red que de nuestra farmacia de pedidos por correo.

Resurtido de medicamentos por correo. Si desea volver a surtir su receta, comuníquese con su farmacia al menos 5 días antes de que se agote su receta actual para asegurarse de que le envíen su próximo pedido a tiempo.

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

Si compra un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que sus costos compartidos sean más bajos. Nuestro plan le ofrece **dos maneras** de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de los medicamentos de mantenimiento incluidos en la "Lista de Medicamentos" de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma de manera regular para tratar una condición médica crónica o a largo plazo).

- Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento (que ofrecen costos compartidos preferidos) a un monto menor de costo compartido. Para ver qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento, consulte el **Directorio de Farmacias**. También puede llamar a Servicios a los Miembros.
- Para obtener determinados medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan. Consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más información sobre cómo usar nuestros servicios de pedido por correo.

Sección 2.5 – ¿Cuándo puede usar una farmacia que no pertenece a nuestra red?

En ciertas circunstancias, su receta médica podría tener cobertura

En general, ofrecemos cobertura para los medicamentos que se surten en farmacias fuera de la red solo cuando no es posible usar una farmacia de la red. Para ayudarle, trabajamos con farmacias de la red fuera del área de servicio donde puede surtir sus recetas médicas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicio a los Miembros** para saber si hay una farmacia de la red cerca. Lo más probable es que tenga que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

A continuación se indican las circunstancias en las que cubriríamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- 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 médicas en una farmacia fuera de la red solo en 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 fuera de 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: En el caso de los medicamentos recetados que hayan sido recetados y surtidos fuera de Estados Unidos y sus territorios como parte de la atención de emergencia o de urgencia cubierta, cubriremos un suministro hasta para 30 días en un periodo de 30 días. Medicare Parte D no cubre estos medicamentos; por lo tanto, los gastos que generen no se toman en cuenta para alcanzar la etapa de cobertura para catástrofes.

- Si no puede obtener un medicamento cubierto a tiempo dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable en automóvil que estén abiertas las 24 horas del día. 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 médica.
- Si trata de surtir una receta de un medicamento que no esté disponible normalmente en farmacias accesibles de la red o mediante el servicio de pedido por correo (incluidos los medicamentos de costo elevado).
- Si no puede obtener sus medicamentos en una farmacia de la red durante un desastre.

¿Cómo solicitar un reembolso a nuestro plan?

Si tiene que utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) en el momento de surtir su receta. Puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo. (La Capítulo 7, Sección 2 del Capítulo 7 explica cómo solicitar el reembolso).

Sección 3 — Sus medicamentos deben estar en nuestra "Lista de Medicamentos"

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

Nuestro plan cuenta con una **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de 2024**. En esta **Evidencia de Cobertura** la llamamos "Lista de Medicamentos" para abreviar.

El plan selecciona los medicamentos que aparecen en esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos y ha sido aprobada por Medicare.

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

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

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

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos

que los medicamentos típicos (por ejemplo, los que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En nuestra "Lista de Medicamentos", cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un medicamento o producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene el mismo ingrediente activo que un medicamento de marca. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento o producto biológico de marca y suelen ser menos costosos. Hay sustitutos genéricos para muchos medicamentos de marca. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

¿Qué no se incluye en nuestra "Lista de Medicamentos"?

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, las leyes no permiten que ningún plan de Medicare ofrezca cobertura para ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra "Lista de Medicamentos". En algunos casos, podrá obtener un medicamento que no figure en la "Lista de Medicamentos". Para obtener más información, vea el Capítulo 9.

Sección 3.2 Existen seis niveles de costo compartido para los medicamentos incluidos en nuestra "Lista de Medicamentos".

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

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

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

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

Hay cuatro formas de averiguarlo:

- Revise la "Lista de Medicamentos" más reciente que proporcionamos de manera electrónica en nuestro sitio web.
- Visite nuestro sitio web (kp.org/seniorrx). Nuestra "Lista de Medicamentos" (**Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de 2024**) que aparece en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicio a los Miembros para preguntar si un medicamento en particular está en la "Lista de Medicamentos" de nuestro plan (**Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de 2024**) o para solicitar una copia de la lista.
- Use la "Herramienta de Beneficios en Tiempo Real" de nuestro plan (kp.org/seniorrx o llamando a Servicio a los Miembros). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la "Lista de Medicamentos" para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la "Lista de Medicamentos" que podrían tratar la misma afección.

Sección 4 — Algunos medicamentos tienen restricciones de cobertura

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

Se aplican reglas especiales que restringen cuándo y qué tipo de cobertura se ofrece en nuestro plan para ciertos medicamentos de venta con receta. Un equipo de médicos y farmacéuticos ha desarrollado estas reglas para animarle a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de las formas más efectivas. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o quiere tomar, consulte la "Lista de Medicamentos". Si un medicamento seguro y menos costoso funciona médicamente igual de bien que un medicamento más costoso, las reglas de nuestro plan están diseñadas para animarle a usted y a su proveedor a utilizar esa opción menos costosa.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra "Lista de Medicamentos". Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la potencia, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno al día frente a dos al día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 – ¿Qué tipos de restricciones?

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

Si existe una restricción para un medicamento, en general, significa que usted o su proveedor tendrán que seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicio a los Miembros para saber qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura

para el medicamento. Si desea que anulemos alguna restricción en su caso, tendrá que seguir el proceso de decisión de cobertura y solicitar que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar retirar la restricción. (Vea el Capítulo 9).

Restricción de los medicamentos de marca o productos biológicos originales cuando hay una versión genérica disponible

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

Cómo obtener la aprobación por adelantado del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirlos. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se establece para garantizar la seguridad de la medicación y ayudar a orientar el uso adecuado de determinados medicamentos. Si no obtiene dicha aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

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

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

Hay situaciones en las que hay un medicamento recetado que usted está tomando, o uno que usted y su proveedor piensan que debería tomar, que no está en nuestra Lista de medicamentos recetados disponibles o que está en nuestra Lista de medicamentos recetados disponibles con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en lo absoluto. O puede ser que la versión genérica esté cubierta, pero no la versión de marca que usted desea tomar.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales en su cobertura para ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento tiene cobertura, pero está en un nivel de costo compartido que hace que deba pagar un costo compartido mayor del que usted piensa que debería pagar.

- Si un medicamento no tiene la cobertura que usted desea que tuviera, puede hacer algo al respecto.
 - ◆ Si el medicamento no está incluido en nuestra "Lista de Medicamentos" o está sujeto a restricciones, consulte la Sección 5.2 de este capítulo para obtener información sobre qué puede hacer.
 - ◆ Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su parte del costo exceda lo que usted considera que debería pagar, consulte la Sección 5.3 de este capítulo para saber qué puede hacer al respecto.

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

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

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

Puede obtener un suministro provisional

En determinadas circunstancias, nuestro plan tiene que proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio de cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando ya no debe estar en la "Lista de Medicamentos" o estar ahora restringido de alguna manera.

- **Si usted es un miembro nuevo:** cubriremos el suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.
- **Si estuvo en nuestro plan el año pasado:** cubriremos el suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - ◆ Este suministro provisional será para un máximo de 30 días. Si su receta médica es para menos días, permitiremos que la surta varias veces, hasta alcanzar un suministro máximo de medicamento para 30 días. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red. (Tome en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo podría proporcionarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar el desperdicio).
- **Para aquellos miembros que llevan más de 90 días en el plan, residen en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro inmediatamente:** cubriremos un suministro de emergencia para un máximo de 31 días, o menos, si su receta médica se indica para menos días. Este es adicional al suministro temporal que se mencionó anteriormente.
- **Para los miembros actuales con cambios en el nivel de atención:** Si ingresa o es dado de alta de un hospital, centro de enfermería especializada o centro de cuidados a largo plazo y se 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 su nivel de atención, es posible que

necesite un suministro adicional de su medicamento. En general, cubriremos un suministro de hasta 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".

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicio a los Miembros.

Mientras esté utilizando el suministro temporal, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando el suministro temporal se agote. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar de medicamento

Hable con su proveedor para saber si existe otro medicamento cubierto por nuestro plan que le pueda funcionar igual de bien. Puede llamar a Servicio a los Miembros y solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se usan para tratar la misma condición médica. Con esta lista, su proveedor puede buscar un medicamento cubierto que sea adecuado para usted.

2) Puede pedir una excepción

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

Si usted y su proveedor quieren pedirnos que hagamos una excepción, en la Capítulo 9, Sección 6.4 encontrarán información al respecto. Ahí se explican los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se procese de forma oportuna y apropiada.

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

Si su medicamento pertenece a un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, hable con su proveedor. Puede que haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicio a los Miembros para solicitar una lista de los medicamentos con cobertura que se usan como tratamiento para la misma condición médica. Con esta lista, su proveedor puede buscar un medicamento cubierto que sea adecuado para usted.

Puede solicitarnos que hagamos una excepción

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

Si usted y su proveedor quieren pedirnos que hagamos una excepción, en la Capítulo 9, Sección 6.4 encontrarán información al respecto. Ahí se explican los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se procese de forma oportuna y apropiada.

Los medicamentos incluidos en el nivel de especialidad (Nivel 5) no son elegibles para este tipo de excepción. No bajamos los costos compartidos para los medicamentos de este nivel.

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

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

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurren al comienzo de cada año (1.º de enero). No obstante, a lo largo del año podemos introducir algunos cambios en la "Lista de Medicamentos". Por ejemplo, podríamos:

- agregar o eliminar medicamentos de la "Lista de Medicamentos"
- cambiar un medicamento a un nivel de costo compartido mayor o menor
- agregar o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento
- reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar nuestra "Lista de Medicamentos".

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

Información sobre los cambios en la cobertura de los medicamentos

Cuando se produzcan cambios en la "Lista de Medicamentos", publicaremos la información correspondiente a dichos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos periódicamente nuestra "Lista de Medicamentos" en línea. A continuación mencionamos las ocasiones en las que recibirá un aviso directo si se hacen cambios a un medicamento que está tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que le afectan durante el año en curso del plan

- Un medicamento genérico nuevo reemplaza un medicamento de marca de la "Lista de Medicamentos" (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambas cosas).
 - ◆ Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra "Lista de Medicamentos" si lo sustituimos por una versión genérica del mismo medicamento recientemente aprobada. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o inferior y con las mismas restricciones o menos. Es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en la "Lista de Medicamentos", pero lo moveríamos de inmediato a un nivel de costo compartido más alto o añadiríamos nuevas restricciones, o ambas cosas al añadir el nuevo medicamento genérico.

- ◆ Es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hagamos el cambio, le proporcionaremos información sobre el cambio o los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que debe seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- ◆ Usted o el profesional que le expida recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos brindándole cobertura para el medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, vea el Capítulo 9.
- Se retiran del mercado medicamentos peligrosos y otros medicamentos de la "Lista de Medicamentos".
 - ◆ A veces, un medicamento puede considerarse peligroso o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, puede que retiremos el medicamento de la "Lista de Medicamentos" de inmediato. Si está tomando ese medicamento, se lo comunicaremos enseguida.
 - ◆ El profesional que le expida recetas también estará al tanto del cambio y le ayudará a buscar otro medicamento para su condición.
- Otros cambios a los medicamentos de la "Lista de Medicamentos".
 - ◆ Es posible que, una vez que comience el año, hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la "Lista de Medicamentos" o podemos cambiar el nivel de costo compartido o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambas cosas. También podemos hacer cambios con base en los recuadros de advertencia de la FDA o en pautas clínicas nuevas reconocidas por Medicare.
 - ◆ Para hacer esos cambios, debemos darle un aviso del cambio al menos con 30 días de anticipación o darle aviso del cambio y volver a surtir el medicamento que está tomando para 30 días en una farmacia de la red.
 - ◆ Después de recibir el aviso del cambio, debe trabajar con el profesional que le expida la receta para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para satisfacer las nuevas restricciones del medicamento que está tomando.
 - ◆ Usted o el profesional que le expida recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos brindándole cobertura para el medicamento en cuestión. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, vea el Capítulo 9.

Cambios en la "Lista de Medicamentos" que no le afectan durante este año del plan

Es posible que introduzcamos algunos cambios en la "Lista de Medicamentos" que no se hayan descrito anteriormente. En estos casos, el cambio no se le aplicará si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios le afecten a partir del 1.º de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no le afectarán durante el año del plan en curso son:

- Cambiamos el medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Aplicamos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Quitamos el medicamento de la "Lista de Medicamentos".

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

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año en curso del plan. Tendrá que consultar la "Lista de Medicamentos" para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que toma que le afectará durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 – Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, le informamos qué tipos de medicamentos recetados están excluidos. Esto significa que Medicare no los paga.

Si recibe medicamentos que están excluidos, tendrá que pagarlos usted. Si apela y el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

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

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

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

- medicamentos sin receta médica (también llamados medicamentos de venta sin receta)
- medicamentos que se usan para favorecer la fertilidad
- medicamentos que se usan para aliviar los síntomas del catarro o la tos
- medicamentos que se usan para el crecimiento del cabello o propósitos cosméticos
- vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con fluoruro
- medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual
- medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o aumento de peso
- medicamentos para pacientes ambulatorios, para los cuales el fabricante busca exigir que se compren las pruebas o los servicios de supervisión relacionados exclusivamente al fabricante como condición de venta

Si usted cuenta con "Extra Help" para costear sus medicamentos recetados, el programa "Extra Help" no pagará por los medicamentos que no cubre de forma regular. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos recetados a través de Medicaid, es posible que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos recetados que un plan de medicamentos de Medicare normalmente no cubre. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para saber qué tipo de cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Los teléfonos e información de contacto de Medicaid se encuentran en la Capítulo 2, Sección 6).

Sección 8 — Cómo surtir la receta

Sección 8.1 – Proporcione su información de membresía

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

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

Si no lleva la información de membresía de su plan cuando vaya a surtir su receta, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información requerida, o puede pedir a la farmacia que busque su información de inscripción en el plan.

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

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

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

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

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

En general, los centros de cuidados a largo plazo (LTC) (como los centros de adultos mayores) tienen su propia farmacia o usan una farmacia que surte los medicamentos de todos sus residentes. Si reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que este utilice, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte el **Directorio de Farmacias** para saber si la farmacia de su centro de LTC o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicio a los Miembros. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de forma rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué ocurre si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no figura en nuestra "Lista de Medicamentos" o que está restringido de alguna manera?

Consulte la Sección 5.2 sobre el suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 – ¿Qué sucede si también recibe cobertura para medicamentos por medio de un plan de grupo para retirados o de un empleador?

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

En general, si tiene cobertura de grupo para empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que reciba de nosotros será secundaria a su cobertura de grupo. Esto significa que su cobertura de grupo pagará primero.

Aviso especial acerca de la cobertura acreditada

Cada año, el grupo para retirados o de su empleador debe enviarle un aviso en el que le indique si su cobertura de medicamentos recetados para el año calendario siguiente es acreditada.

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

Recuerde guardar este aviso sobre la cobertura acreditada en caso de que lo necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluya cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que deba presentar estos avisos como evidencia de que ha mantenido una cobertura acreditada. Si no ha recibido el aviso de cobertura acreditada, solicite una copia al administrador de los beneficios de su empleador o del plan de jubilados o al empleador o al sindicato.

Sección 9.4 – ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita determinados medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, medicamentos para el dolor o ansiolíticos) que no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan tiene que recibir un aviso de la persona que expide la receta o de su proveedor del centro de cuidados paliativos indicando que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pida a su proveedor del centro de cuidados paliativos o a la persona que le expide la receta que proporcione el aviso antes de que le surtan la receta.

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

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

Sección 10.1 – Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura

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

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

- posibles errores en los medicamentos
- medicamentos que podrían no ser necesarios porque ya está usando otro para tratar la misma condición
- medicamentos que podrían no ser seguros o apropiados para su edad o sexo

-
- ciertas combinaciones de medicamentos que podrían resultar dañinas
 - recetas médicas para medicamentos con componentes que pueden provocarle una reacción alérgica
 - posibles errores en las dosis de un medicamento que está tomando
 - cantidades peligrosas de medicamentos analgésicos opioides

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

Sección 10.2 – Drug Management Program (DMP) para ayudar a los miembros a tomar sus medicamentos opioides de forma segura

Tenemos un programa que ayuda a asegurar que los miembros utilicen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Drug Management Program (DMP). Si consume medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides reciente, podríamos hablar con sus médicos para garantizar que su uso de los medicamentos opioides sea adecuado y necesario desde el punto de vista médico. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que es posible que su uso de medicamentos opioides o con benzodiazepinas recetados no sea seguro, podríamos limitar cómo obtiene dichos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- exigirle que surta todas sus recetas médicas de medicamentos opioides o con benzodiazepinas en determinadas farmacias
- exigirle que obtenga todas sus recetas médicas de medicamentos opioides o con benzodiazepinas de determinados médicos
- limitar la cantidad de medicamentos opioides o con benzodiazepinas que cubriremos

Si tenemos previsto limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con antelación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si deberá obtener las recetas médicas de estos medicamentos solo de un médico o farmacia en específico. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el profesional que le expide la receta tienen derecho a apelar. Si usted presenta una apelación, revisaremos su caso y tomaremos una nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se le incluirá en nuestro DMP si padece determinadas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o anemia drepanocítica, si recibe cuidados paliativos o de fin de vida o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Sección 10.3 – Programa Medication Therapy Management (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Ofrecemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Nuestro programa se llama Medication Therapy Management (MTM). Este programa es voluntario y sin costo. Un equipo de farmacéuticos y médicos ha desarrollado el programa para ayudarnos a asegurar que nuestros miembros obtienen el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para distintas condiciones médicas y que tienen que pagar costos elevados por sus medicamentos, o están en un DMP para ayudar a miembros a usar sus opioides de forma segura, podrían recibir servicios a través de un programa MTM. Si reúne los requisitos del programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión general de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre los medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, la cantidad que toma y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros en el programa MTM recibirán información sobre el desecho seguro de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre la lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve la lista de medicamentos al día y con usted (por ejemplo, con su identificación) por si tiene que ir al hospital o a la sala de emergencias.

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

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

¿Recibe ayuda para pagar sus medicamentos actualmente?

Si participa en un programa que ofrece ayuda para pagar sus medicamentos, parte de la información de esta **Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica en su caso**. Le enviamos un anexo por separado, llamado **Cláusula de la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben "Extra Help" 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 tiene este anexo, llame a Servicios a los Miembros y pida la Cláusula LIS.

Sección 1 — Introducción

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

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

Para entender la información sobre los pagos, primero debe saber qué medicamentos tienen cobertura, dónde puede surtir sus recetas y qué reglas debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5, Secciones de la 1 a la 4, explica estas reglas.

Al usar la "Herramienta de Beneficios en Tiempo Real" de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte la Capítulo 5, Sección 3.3), el costo que se muestra se proporciona en "tiempo real", es decir, el costo que ve en la herramienta refleja un momento específico para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que usted pague. También puede obtener información que se proporciona en la "Herramienta de Beneficios en Tiempo Real" llamando a Servicio a los Miembros.

- En esta **Evidencia de Cobertura** se describen los siguientes planes de Senior Advantage, que incluyen cobertura para los medicamentos recetados de Medicare Parte D:
 - ◆ Plan Core
 - ◆ Plan Bronze
 - ◆ Plan Silver
 - ◆ Plan Gold

Si no está seguro de en qué plan está inscrito, por favor, llame a Servicio a los Miembros o consulte la portada de su **Notificación anual de cambios** (o en el caso de los miembros nuevos, el formulario de inscripción o la carta de confirmación de inscripción).

Sección 1.2 – Tipos de gastos de bolsillo que paga por medicamentos cubiertos

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

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

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta para sus gastos de bolsillo. Estas son las reglas que tenemos que seguir para controlar sus gastos de bolsillo.

Estos pagos sí están incluidos en sus gastos de bolsillo

Los gastos de su bolsillo incluyen los pagos que se indican a continuación (siempre que se trate de medicamentos cubiertos de la Parte D y haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que usted paga por medicamentos cuando está en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - ◆ la etapa de cobertura inicial
 - ◆ la etapa del periodo de intervalo en la cobertura
- Todos los pagos que haya hecho durante este año calendario como miembro de un plan distinto de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Quién paga es importante:

- Si usted mismo hace los pagos, estos se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos también están incluidos en sus gastos de bolsillo si otras personas u organizaciones determinadas los hacen en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos que hace un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, los AIDS Drug Assistance Programs, algún State Pharmaceutical Assistance Program calificado por Medicare o el Indian Health Service. También se incluyen los pagos que hace el Programa "Extra Help" de Medicare.
- Se incluyen algunos pagos realizados por el Medicare Coverage Gap Discount Program en sus gastos de bolsillo. Se incluye el monto que paga la compañía farmacéutica por sus medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Avance a la etapa de cobertura para catástrofes:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) alcanza un total de gastos de bolsillo de **\$8,000** durante el año calendario, pasará de la etapa del periodo de intervalo en la cobertura a la etapa de cobertura para catástrofes.

Estos pagos no se incluyen entre sus gastos de bolsillo

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

- la prima mensual
- los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- los medicamentos que no tienen la cobertura del plan
- los medicamentos que compra en una farmacia fuera de la red y que no cumplen los requisitos de nuestra cobertura fuera de la red del plan
- los medicamentos no cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare
- los pagos hechos por el plan por sus medicamentos genéricos o de marca, cuando usted está en la etapa del periodo de intervalo en la cobertura
- los pagos por medicamentos que hacen los planes de salud de grupo, incluidos los planes de salud de los empleadores
- los pagos por medicamentos que hacen determinados planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los programas del Departamento de Asuntos de Veteranos
- los pagos por medicamentos que hace un tercero que tiene la obligación legal de cubrir el costo de los medicamentos recetados (por ejemplo, la compensación del trabajador)

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga una parte o la totalidad de los gastos de bolsillo por medicamentos, debe comunicárselo a nuestro plan llamando a Servicio a los Miembros.

¿Cómo puede llevar un control de la suma de sus gastos de bolsillo?

- Nosotros le ayudaremos. El informe de la **Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D** que recibe incluye el monto actual de los gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los **\$8,000**, este informe le indicará que ha abandonado la etapa de periodo de intervalo en la cobertura y ha pasado a la etapa de cobertura para catástrofes.
- Asegúrese de brindarnos la información que necesitamos. La Sección 3.2 le dice qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

Sección 2 — El monto que pagará por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre cuando lo obtenga

Sección 2.1 – ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Senior Advantage?

Existen cuatro **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados de nuestro plan. El monto que pague dependerá de la etapa en la que se encuentre cuando le surtan o le vuelvan a surtir una receta. Los detalles de cada etapa figuran en las Secciones de 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: etapa de deducible anual

Etapas 2: etapa de cobertura inicial

Etapas 3: etapa del periodo de intervalo en la cobertura

Etapas 4: etapa de cobertura para catástrofes

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

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

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

- Cuánto ha pagado usted. Esto se conoce como **gastos de bolsillo**.
- Sus **costos totales de los medicamentos**. Es decir, el monto que usted paga de su bolsillo o que terceros pagan en su nombre, además de lo que paga el plan.

Si le han surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una **EOB de la Parte D**. La EOB de la Parte D incluye:

- **La información correspondiente al mes**. El informe incluye los detalles de pago de las recetas médicas que usted surtió durante el mes anterior. Describe los costos totales de los medicamentos, lo que el plan pagó, lo que usted pagó, y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Los totales del año desde el 1.º de enero**. Esto se llama información hasta la fecha. Le indica los costos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.

- **Información de precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el costo total del medicamento, así como información sobre los aumentos de precio desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamo de medicamento recetado.

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

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que le surtan una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que conocemos las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de brindarnos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un seguimiento de sus gastos de bolsillo, entréguenos copias de sus recibos. Aquí tiene ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - ◆ Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
 - ◆ Cuando hace un copago por medicamentos que se proporcionan por medio de un programa de asistencia para pacientes ofrecido por una compañía farmacéutica.
 - ◆ Cada vez que compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o cuando se trata de una circunstancia especial en la que paga el costo total del medicamento cubierto.
 - ◆ Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos la información sobre los pagos que otros han realizado en su nombre.** Los pagos efectuados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta en los gastos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos hechos por un State Pharmaceutical Assistance Program, un AIDS Drug Assistance Program (ADAP), el Indian Health Service y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se toman en cuenta como parte de los gastos de bolsillo. Guarde un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos llevar un control de sus gastos.
- **Lea el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la **EOB de la Parte D**, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o 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 ingrese para obtener más información sobre cómo ver su **EOB de la Parte D** de forma segura en línea. Asegúrese de conservar estos informes.

Sección 4 — No hay deducible para Senior Advantage

No hay deducible para Senior Advantage. Comienza en la etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta médica del año. Consulte la Sección 5 de este capítulo para obtener información sobre su cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Sección 5 — Durante la etapa de cobertura inicial, nosotros pagamos nuestra parte de los costos de los medicamentos y usted paga la suya

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

Durante la etapa de cobertura inicial, nosotros pagamos nuestra parte del costo de los medicamentos recetados con cobertura y usted paga la suya (el monto de su copago o coseguro). Su parte del costo variará dependiendo del medicamento que compre y el lugar donde surta la receta médica.

El plan tiene seis niveles de costo compartido

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

- **Nivel 1** de costo compartido para medicamentos genéricos preferidos (este nivel incluye algunos medicamentos de marca).
- **Nivel 2** de costo compartido para medicamentos genéricos (este nivel incluye algunos medicamentos de marca).
- **Nivel 3** de costo compartido para medicamentos de marca preferidos. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- **Nivel 4** de costo compartido para medicamentos no preferidos (este nivel incluye algunos medicamentos genéricos y de marca). Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- **Nivel 5** de costo compartido para medicamentos especializados (este nivel incluye medicamentos genéricos y de marca). Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- **Nivel 6** de costo compartido para vacunas inyectables de la Parte D (este nivel incluye solo medicamentos de marca).

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

Opciones de farmacia

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

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

Para obtener más información sobre sus opciones de farmacias y cómo surtir sus recetas médicas, consulte el Capítulo 5 y el **Directorio de Farmacias** del plan.

Sección 5.2 – Tabla de costos para el suministro de un mes de un medicamento

Durante la etapa de cobertura inicial, la parte que usted debe pagar del costo de un medicamento cubierto se hace por medio de un copago o un coseguro.

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

A veces, el costo del medicamento es inferior a su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

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

Nivel	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)	Costo compartido para medicamentos pedidos por correo	Costo compartido para cuidados a largo plazo (LTC)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles)
	(hasta un suministro de 30 días)			(hasta un suministro de 31 días)	(hasta un suministro de 30 días)
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$15	\$0	\$15	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos					
• Miembros del plan Bronze	\$5	\$20	\$0	\$20	\$20
• Miembros de los planes Core, Silver o Gold	\$0	\$20	\$0	\$20	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos*	\$40	\$47	\$40	\$47	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos*	\$80	\$100	\$80	\$100	\$100
Nivel 5: Medicamentos especializados*	Coseguro del 33 %				
Nivel 6: Vacunas inyectables de la Parte D	\$0	\$0	El servicio de pedidos por correo no está disponible.	\$0	\$0

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

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

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

Normalmente, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro para un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que usted tenga menos de un mes de suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedir a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le surta, menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas para volver a surtir las distintas recetas.

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

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

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

Sección 5.4 – Tabla que muestra los costos de un suministro a largo plazo (de hasta 90 días) de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro prolongado). Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 90 días.

En la siguiente tabla, se indica lo que paga cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento.

- A veces, el costo del medicamento es inferior a su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

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

Nivel	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)		Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)		Costo compartido para medicamentos pedidos por correo	
	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 90 días	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 90 días	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$30	\$45	\$0	
Nivel 2: Medicamentos genéricos • Miembros del plan Bronze	\$10	\$15	\$40	\$60	\$0	
• Miembros de los planes Core, Silver o Gold	\$0	\$0	\$40	\$60	\$0	
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos* • Miembros del plan Bronze o Core	\$80	\$120	\$94	\$141	\$80	\$120
• Miembros de los planes Silver o Gold	\$80	\$120	\$94	\$141	\$80	\$100
Nivel 4: Medicamentos no preferidos*	\$160	\$240	\$200	\$300	\$160	\$240
Nivel 5: Medicamentos especializados*	Coseguro del 33 %					
Nivel 6: Vacunas inyectables de la Parte D	No hay un suministro a largo plazo disponible.					

*No pagará más de **\$70** para un suministro de hasta dos meses de medicamentos del Nivel 3 al 5, **\$100** para miembros de los planes Silver o Gold o **\$105** para miembros de los planes Bronze o Core para un suministro de hasta tres meses de medicamentos del Nivel 3 o **\$105** por un suministro de hasta tres meses por medicamentos del Nivel del 4 al 5 de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel del costo compartido.

Sección 5.5 – Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el total de sus gastos en medicamentos durante el año alcance \$5,030

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que la suma del costo de todos los medicamentos recetados que surte llega a **\$5,030**, que es el límite de la etapa de cobertura inicial.

La **EOB de la Parte D** que reciba le ayudará a controlar cuánto han gastado usted, nuestro plan y terceros en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de **\$5,030** en un año.

Le avisaremos si alcanza el monto. Si alcanza este monto, dejará de estar en la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa del periodo de intervalo en la cobertura. Consulte la Sección 1.3 para saber cómo calcula Medicare los gastos de bolsillo.

Sección 6 — Costos en la etapa de periodo de intervalo en la cobertura

Cuando está en la etapa de periodo de intervalo en la cobertura, el Medicare Coverage Gap Discount Program proporciona descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga el **25 %** del precio negociado y una parte de la tarifa por entrega para los medicamentos de marca. Tanto el monto que paga como el monto descontado por el fabricante se toman en cuenta para sus gastos de bolsillo como si los hubiera pagado usted y le permiten avanzar al periodo de intervalo en la cobertura.

También recibe algo de cobertura para los medicamentos genéricos. Usted paga tan solo el **25 %** del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solo el monto que usted paga cuenta y lo hace avanzar en el periodo de intervalo en la cobertura.

Usted sigue pagando estos costos hasta que sus gastos de bolsillo anuales alcanzan un monto máximo que Medicare ha establecido. Una vez alcanzado este monto de **\$8,000**, abandona la etapa de periodo de intervalo en la cobertura y pasa a la etapa de cobertura para catástrofes.

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

Los requisitos del coseguro del periodo de intervalo en la cobertura no aplican para los productos de insulina cubiertos de la Parte D y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, que incluye herpes zóster, tétanos y vacunas para viajeros.

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

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

Sección 7 — Durante la etapa de cobertura para catástrofes, pagamos el costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted entra en la etapa de cobertura para catástrofes cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de **\$8,000** para el año calendario. Una vez que llega a la etapa de cobertura para catástrofes, permanecerá en ella durante el resto del año calendario.

Durante esta etapa de pagos, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Sin costo alguno.

Sección 8 — Vacunas de la Parte D. Lo que pague dependerá de cómo y dónde los obtenga

Mensaje importante sobre lo que paga por sus vacunas: Algunas vacunas son consideradas beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de 2024** de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted. Consulte la **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de 2024** de nuestro plan o comuníquese con Servicios a los Miembros para obtener información sobre la cobertura y el costo compartido sobre determinadas vacunas.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de la vacuna en sí.
- La segunda parte de la cobertura es por el costo de aplicación de la vacuna. (Esto también se conoce como administración de la vacuna).

El costo de las vacunas de la Parte D depende de tres factores:

- **Si la vacuna se recomienda para adultos por parte de una organización llamado Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP).**
 - ◆ El ACIP recomienda la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D y no tiene ningún costo para usted.
- **Dónde se obtiene la vacuna.**
 - ◆ La vacuna en sí puede ser surtida por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
- **Quién le aplica la vacuna.**
 - ◆ Es posible que un farmacéutico u otro proveedor administre la vacuna en la farmacia. De manera alternativa, es posible que un proveedor la administre en el consultorio del médico.

Lo que pague en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar en función de las circunstancias y de la **etapa de pago del medicamento** en la que se encuentre.

- A veces, cuando usted se vacuna, tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo del proveedor que se la administra. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando le vacunan, solo paga la parte del costo que le corresponde según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adulto, usted no pagará nada.

A continuación le ofrecemos tres ejemplos de formas de vacunarse de la Parte D:

- **Situación 1:** Se le administra una vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Contar con esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).
 - ◆ Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adulto, usted no pagará nada.
 - ◆ Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de la administración de la misma.
 - ◆ Nuestro plan pagará el resto de los costos.
- **Situación 2:** Obtiene la vacuna de la Parte D en el consultorio médico.
 - ◆ Cuando reciba la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor que se la administre.
 - ◆ En ese caso, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
 - ◆ Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que haya pagado menos cualquier copago por la vacuna (incluye su administración).
- **Situación 3:** Compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y la lleva al consultorio médico para su aplicación.
 - ◆ Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adulto, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
 - ◆ Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
 - ◆ Cuando su médico le aplique la vacuna, es posible que deba pagar el costo total del servicio.
 - ◆ En ese caso, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
 - ◆ Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó.

NOTA IMPORTANTE: Las vacunas de la Parte D con cobertura y su administración no tienen cargo. Sin embargo, es posible que haya un cargo por la visita al consultorio si se administran durante una visita al consultorio del proveedor.

Capítulo 7 — Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, a veces debe pagar el costo total. En otras ocasiones, es posible que note que pagó más de lo que le correspondía según las reglas de cobertura de nuestro plan. En estos casos, puede pedirnos que le devolvamos el dinero (devolverle el dinero suele llamarse reembolsarle). Siempre que pague un porcentaje mayor del que le corresponde por medicamentos o servicios médicos cubiertos, tiene derecho a solicitar un reembolso. Puede haber plazos que tenga que cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede darse el caso de que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido o, posiblemente, por un monto superior al de su cuota de costos compartidos, como se explica en el presente documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla, y nosotros la revisaremos y determinaremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor está contratado, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

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

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

Puede recibir servicios de urgencia o de emergencia de cualquier proveedor, pertenezca o no a nuestra red fuera del área de servicio. En estos casos:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de urgencia o de emergencia. Los proveedores de emergencias están legalmente obligados a prestar atención de emergencia. Si usted paga la totalidad de la cantidad en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde. Envíenos la factura con los comprobantes de cualquier pago que haya hecho.
- Es posible que reciba una factura del proveedor pidiéndole un pago que usted cree que no debe. Envíenos esta factura con los comprobantes de cualquier pago que ya haya hecho.
 - ◆ Si debe pagarse algo al proveedor, nos encargaremos de hacerlo nosotros directamente.
 - ◆ Si ya pagó más que la parte del costo del servicio que le corresponde, determinaremos cuánto le debemos y le reembolsaremos nuestra parte.

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

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

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

Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si usted se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó gastos de bolsillo por servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitar que le reembolsemos la parte de los costos que nos corresponde. Tendrá que presentar documentación como recibos y facturas para que podamos tramitar el reembolso.

Cuando surte una receta médica en una farmacia fuera de la red

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

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que paguemos la parte del costo que nos corresponde. Recuerde que solo cubrimos las farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para un análisis de estas circunstancias.

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

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

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

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

Es posible que pague el costo total de una receta médica al enterarse de que, por algún motivo, el medicamento no está cubierto

- Por ejemplo, el medicamento quizás no esté incluido en nuestra **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de 2024**; o podría estar sujeto a un requisito o restricción del que usted no sabía o que no creyó que se aplicaría en su caso. Si decide comprar el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos el pago. En ciertos casos, es posible que debamos obtener más información de su médico para reembolsarle la parte del costo que nos corresponde.

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

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

Puede solicitarnos el reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Le aconsejamos que haga una copia de la factura y los recibos para que los tenga como registro. Debe enviarnos su reclamo a más tardar en 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, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos esté brindando toda la información necesaria para que tomemos una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamaciones 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 una reclamación para solicitar un pago:

- Completando y enviando nuestro formulario electrónico en kp.org/espanol y subiendo la documentación de apoyo.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (kp.org/espanol) o llame a Servicio a los Miembros, y pida que le envíen el formulario. Envíe por correo el formulario completado a la dirección del Departamento de Reclamaciones que se menciona a continuación.
- Si no puede obtener el formulario, puede presentar su solicitud de pago al enviarnos la siguiente información a la dirección del Departamento de Reclamaciones que se menciona a continuación:
 - ◆ Una declaración con la siguiente información:
 - Su nombre (nombre del miembro/paciente) y número de historia médica/clínica.
 - La fecha en la que recibió los servicios.
 - Dónde recibió los servicios.

- Quién le prestó los servicios.
- Por qué considera que deberíamos pagar los servicios.
- Su firma y fecha de firma. (Si desea que alguien más presente la solicitud en su nombre, también necesitaremos un formulario de "Designación de representante" completado que está disponible en kp.org/espanol).
- ◆ Una copia de la factura, su historia clínica de estos servicios y su recibo en caso de haber pagado por estos servicios.

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

Kaiser Permanente
Claims Department
Colorado Region
P.O. Box 373150
Denver, CO 80237-3150

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

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

Una vez que recibamos su solicitud de pago, le diremos si necesitamos que nos envíe información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted ha seguido todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si todavía no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor por correo.
- Si determinamos que la atención médica o el medicamento no tiene cobertura, o que usted no cumplió todas las reglas, no pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Le enviaremos una carta explicándole los motivos por los que no le enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que le pagamos, puede presentar un apelación. Esto significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de denegar su solicitud de pago.

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

Capítulo 8 — Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 – Debemos proporcionar la información de un modo adecuado para usted y conforme a su sensibilidad cultural (en idiomas distintos al inglés, en letra grande, en braille o en CD)

Nuestro plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de una manera culturalmente competente y que sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas las que tienen un dominio limitado del inglés, capacidades limitadas para leer, una incapacidad auditiva o diversos antecedentes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, de teletipo o TTY (teléfono de texto o teletipo).

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

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

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

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

Sección 1.1 - Debemos proporcionar la información de un modo adecuado para usted y conforme a su sensibilidad cultural (en idiomas distintos al inglés, en letra grande, en braille o en CD)

Nuestro plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de una manera culturalmente competente y que sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas las que tienen un dominio limitado del inglés, capacidades limitadas

para leer, una incapacidad auditiva o diversos antecedentes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, de teletipo o TTY (teléfono de texto o teletipo).

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

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

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

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

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red para que le proporcione y organice los servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin un referido, así como a los demás proveedores que se describen en la Capítulo 3, Sección 2.2.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de nuestra red de proveedores en un plazo razonable de tiempo. Esto incluye el derecho de recibir servicios de especialistas de forma oportuna cuando los necesite. También tiene el derecho de que se le surtan o vuelvan a surtir sus recetas médicas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin retrasos prolongados.

Si cree que no está recibiendo la atención médica o los medicamentos de la Parte D en un plazo razonable de tiempo, en el Capítulo 9 le explicamos lo que puede hacer.

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

Existen leyes federales y estatales que protegen la privacidad de su historia clínica y de su información médica personal. Protegemos su información médica personal tal como lo exige la ley.

- Su información médica personal incluye todos los datos personales que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan, sus historias clínicas y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se utiliza su información médica. Le entregamos un aviso por escrito, llamado **Aviso sobre Prácticas de Privacidad**, donde se describen estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización tenga acceso a sus expedientes o los modifique.
- Salvo en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos intención de facilitar su información médica a alguien que no le proporcione o pague sus cuidados, estamos obligados a obtener primero su autorización por escrito o la de alguien a quien usted haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre.
- Existen ciertas excepciones en las cuales no necesitamos solicitarle su permiso por escrito primero. Estas excepciones se permiten o se exigen de conformidad con las leyes.
 - ◆ Estamos obligados a facilitar información médica a las agencias gubernamentales que revisan la calidad de la atención.
 - ◆ Como usted es miembro de nuestro plan por medio de Medicare, también debemos compartir su información médica con Medicare, incluida la información relacionada con sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales; normalmente, esto exige que no se comparta información que le identifique de forma exclusiva.

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

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicio a los Miembros.

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

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

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, por favor llame a Servicio a los Miembros:

- **Información sobre el plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero de nuestro plan.
- **Información sobre nuestra red de proveedores y farmacias.**
 - ◆ Usted tiene derecho a recibir información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de la red, y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.**
 - ◆ El Capítulo 3 y el Capítulo 4 ofrecen información sobre los servicios médicos. El Capítulo 5 y el Capítulo 6 ofrecen información sobre la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
 - ◆ En el Capítulo 9 encontrará información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida.
 - ◆ En el Capítulo 9 también encontrará información sobre cómo solicitarnos que modifiquemos una decisión, lo que también se conoce como apelación.

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

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

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

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

- **Recibir información sobre todas las opciones disponibles.** Usted tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, independientemente del costo o de si tienen la cobertura del plan. También deben avisarle sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar y usar sus medicamentos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre todos los riesgos asociados a su atención. Deben notificarle por adelantado si cualquier tipo de atención médica o tratamiento

propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene derecho a negarse a recibir tratamientos experimentales.

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

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

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

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

El documento legal que puede usar en estas situaciones para transmitir sus indicaciones por adelantado se llama **instrucciones anticipadas**. Hay diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes maneras de llamarlas. Dos ejemplos de instrucciones anticipadas son los documentos llamados **testamento vital** y **poder legal para la atención médica**.

Si desea usar **instrucciones anticipadas** para proporcionar sus indicaciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un trabajador social o en algunas tiendas de material de oficina. A veces, puede conseguir este formulario a través de organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicio a los Miembros para solicitar los formularios.
- **Llene y firme el formulario.** Independientemente de dónde obtenga el formulario, recuerde que es un documento legal. Tal vez deba considerar que un abogado le ayude a elaborarlo.
- **Entregue copias a las personas correspondientes.** Debe dar una copia del formulario a su médico y a la persona que usted indique en el formulario que podrá tomar las decisiones si usted no puede hacerlo. Se aconseja entregar copias a algunos amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y firmó un documento de instrucciones anticipadas, lleve una copia al hospital.

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

Recuerde que usted decide si quiere o no llenar un formulario de instrucciones anticipadas (y si quiere o no firmar uno si está en el hospital). La ley indica que nadie puede negarle atención ni discriminarlo porque usted haya firmado o no haya firmado un formulario de instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si usted firmó un formulario de instrucciones anticipadas y considera que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones que ahí se indican, usted puede presentar una queja informal ante el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado.

Sección 1.6 – Usted tiene derecho a presentar quejas informales y pedir que reconsideremos nuestra decisión

Si tiene algún problema, inquietud o queja informal y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea que solicite una decisión sobre la cobertura o presente una apelación o una queja informal, tenemos la obligación de tratarlo con imparcialidad.

Sección 1.7 – ¿Qué puede hacer si considera que no recibe un trato justo o que no se respetan sus derechos?

Si se trata de un caso de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que no recibe un trato justo, su dignidad no ha sido reconocida o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, incapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o país de origen, debe llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019** o a la línea TTY al **1-800-537-7697**, o a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo más?

Si cree que no recibe un trato justo o que no se han respetado sus derechos, y no se trata de un caso de discriminación, puede obtener ayuda para solucionar su problema:

- Puede llamar a Servicios a los Miembros.
- Puede llamar al SHIP. Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O puede llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana (TTY **1-877-486-2048**).

Sección 1.8 – Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varias formas de obtener más información sobre sus derechos:

- **Puede llamar a Servicios a los Miembros.**
- **Puede llamar al SHIP.** Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- **Puede comunicarse con Medicare:**
 - ◆ Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación **Sus Derechos y Protecciones con Medicare**. (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

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

Sección 1.9 – Información sobre evaluaciones de nuevas tecnologías

El acelerado cambio de la tecnología afecta la atención médica y la medicina tanto como a cualquier otra industria. Para determinar si un nuevo medicamento u otro desarrollo médico genera beneficios a largo plazo, nuestro plan monitorea y evalúa cuidadosamente nuevas tecnologías para incluirlas como beneficios cubiertos. Estas tecnologías incluyen procedimientos médicos, dispositivos médicos y nuevos medicamentos.

Sección 1.10 – Usted puede hacer sugerencias sobre los derechos y las responsabilidades

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a realizar recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades que se incluyen en este capítulo. Llame a Servicio a los Miembros para cualquier sugerencia.

Sección 2 — Usted tiene algunas responsabilidades por ser miembro de nuestro plan

Lo que necesita hacer como miembro de nuestro plan se menciona a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe cumplir para obtenerlos.** Use esta **Evidencia de Cobertura** para saber qué servicios tienen cobertura para usted y qué reglas debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.
 - ◆ Los Capítulos 3 y Capítulo 4 ofrecen información detallada sobre sus servicios médicos.
 - ◆ Los Capítulos 5 y 6 ofrecen información detallada sobre su cobertura para los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otro tipo de cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de la de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos al respecto.**
 - ◆ El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígale a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan siempre que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a atenderlo mejor; proporcióneles toda la información que necesitan, hágales preguntas y siga sus instrucciones de tratamiento.**
 - ◆ Para recibir la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que acuerde con sus médicos.
 - ◆ Asegúrese de que sus médicos estén informados de todos los medicamentos que esté tomando, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.

- ◆ Si tiene alguna pregunta, asegúrese de formularla y de obtener una respuesta comprensible.
- **Sea considerado.** Se espera que nuestros miembros respeten los derechos de los otros pacientes. También se espera que se comporte de forma que no perturbe el funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de hacer los siguientes pagos:
 - ◆ Debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - ◆ Al recibir la mayor parte de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar el porcentaje del costo que le corresponde.
 - ◆ Si se le solicita que pague un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe de continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si cambia de domicilio sin salir del área de servicio del plan,** llame para que podamos actualizar su información de membresía y sepamos cómo comunicarnos con usted.
- **En caso de mudarse fuera del área de servicio de nuestro plan,** no puede seguir siendo miembro del plan.
- Si se muda, también es importante que informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios).

Capítulo 9 — Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas informales)

Sección 1 — Introducción

Sección 1.1 – Qué hacer en caso de tener un problema o una inquietud

En este capítulo se explican dos tipos de procesos para solucionar problemas e inquietudes:

- Para ciertos problemas, debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones.
- Para otros problemas, debe utilizar el proceso de presentación de quejas; también llamado quejas formales.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

La guía de la Sección 3 de este capítulo le ayudará a identificar el proceso adecuado que debe utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 – ¿Qué pasa con los términos legales?

Algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo tienen términos legales. La mayoría de la gente no está familiarizada con muchos de estos términos y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más sencillas en lugar de determinados términos legales. Por ejemplo, decimos presentar una queja en lugar de interponer una queja formal, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización o determinación de cobertura o determinación de riesgo y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de Revisión Independiente.
- También tratamos en lo posible de evitar el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información adecuada a su situación. Con el fin de ayudarle a saber qué términos debe usar, al explicar aquí los detalles sobre qué hacer en situaciones específicas hemos incluido los términos legales correspondientes.

Sección 2 — Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Estamos disponibles para ofrecerle ayuda en todo momento. Incluso si tiene alguna queja informal sobre el trato que le hemos dado, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicio a los Miembros para solicitar ayuda. Sin embargo, en ciertas situaciones, tal vez le convenga recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación encontrará dos entidades que pueden ayudarle.

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a entender qué proceso usar para solucionar su problema. También pueden responder sus preguntas, proporcionarle más información y darle indicaciones sobre qué debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP no tienen costo. Encontrará los números de teléfono y las direcciones URL de los sitios web en la Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Sección 3 — ¿Qué proceso debe usar para solucionar su problema?

Si tiene un problema o inquietud, solamente necesita leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La siguiente guía le ayudará.

¿Su problema o inquietud está relacionada con los beneficios o la cobertura?

Esto incluye problemas relacionados con la cobertura de la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos recetados de la Parte B), la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

- **Sí.**
 - ◆ Consulte la siguiente sección de este capítulo, la Sección 4: "**Guía de información básica respecto a decisiones de cobertura y apelaciones**".
- **No.**
 - ◆ Continúe a la Sección 10 al final de este capítulo: "**Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**".

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

Sección 4 — Guía básica sobre apelaciones y decisiones de cobertura

Sección 4.1 – Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: Panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para evitar confusiones, por lo general nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de Medicare Parte B como **atención médica**. Usted usa la decisión de cobertura y el proceso de apelaciones para problemas como si algo tiene o no cobertura y qué tipo de cobertura es.

Solicite decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo refiere con un médico especialista que no esté dentro de la red, este referido se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red puede mostrar que recibió un aviso de negación normal para este médico especialista o la **Evidencia de Cobertura** establece claramente de que el servicio referido nunca se cubre bajo ninguna condición. 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 atención médica 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.

También tomamos una decisión de cobertura cuando determinamos qué tiene cobertura para usted y cuánto pagamos nosotros. En algunos casos podemos decidir qué atención médica no esté cubierta o que Medicare ya no lo cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho, antes o después de recibir un beneficio, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación acelerada** de una decisión de cobertura. Su apelación la manejarán revisores distintos de los que tomaron la decisión original.

Cuando presenta una apelación por primera vez, esto se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si seguimos correctamente las reglas. Cuando hayamos completado la revisión, le daremos a conocer nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 será desestimada, 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 desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicándole por qué se ha desestimado y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si denegamos total o parcialmente su apelación de Nivel 1, su apelación automáticamente pasará a una apelación de Nivel 2 a cargo de una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que enviemos su apelación para atención médica automáticamente al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la Sección 5.4 de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- En el caso de las apelaciones sobre medicamentos de la Parte D, si rechazamos total o parcialmente su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se incluyen con más detalle en la Sección 6.5 de este capítulo.

Si no está conforme con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, puede continuar a través de otros niveles de apelación (en la Sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 – Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

Aquí encontrará recursos por si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicios a los Miembros.**
- **Puede obtener ayuda sin costo del State Health Insurance Assistance Program.**
- **Su médico puede presentar una solicitud en su nombre.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Por favor, llame a Servicio a los Miembros y solicite el formulario **Designación de Representante**. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf, o en nuestro sitio web, kp.org/espanol).
- ◆ Para asuntos de atención médica o medicamentos recetados de Medicare Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 por usted. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se remitirá automáticamente al Nivel 2.

- ◆ En el caso de los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que le expida la receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o el profesional que le expide la receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona como su representante para que solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
 - ◆ Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicio a los Miembros y solicite el formulario Designación de Representante. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en kp.org/espanol). El formulario otorga permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe incluir su firma y la de la persona que usted designe como su representante. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - ◆ Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo hayamos recibido. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación se desestimará. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito en la que le explicaremos su derecho a solicitarle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de denegar su solicitud.
- **También tiene derecho a contratar un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado, o bien, obtener el nombre de uno por medio del colegio local de abogados o de otro servicio de referidos. También existen grupos que ofrecen servicios legales sin costo, si usted califica para recibirlos. Sin embargo, para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión, no es obligatorio contratar a un abogado.

Sección 4.3 – ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles sobre su situación?

Hay cuatro situaciones diferentes que se relacionan con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Como las reglas y los plazos aplicables dependen de cada situación, incluimos información detallada de cada una en una sección aparte:

- La **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura".
- La **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- La **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que cubramos una extensión de la hospitalización si considera que su médico lo está dando de alta muy pronto".

- La **Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que extendamos la cobertura de ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo" (solo se aplica a estos servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención brindada en un centro de enfermería especializada y servicios proporcionados en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicio a los Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

Sección 5 — Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión de cobertura

Sección 5.1 – Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte de los costos de su atención

En esta sección se describen sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: "Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)". En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento recetado de Medicare Parte B. En esos casos, explicaremos las diferencias entre las reglas para los medicamentos recetados de Medicare Parte B y las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le dice qué puede hacer si se encuentra en una de las siguientes cinco situaciones:

- No recibe un tipo en particular de atención médica que desea y considera que nuestro plan lo cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
- No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desean proporcionarle y usted considera que nuestro plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
- Recibió atención médica que cree que nuestro plan debe cubrir, pero nos hemos negado a pagarla. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
- Recibió y pagó atención médica que cree que debe cubrir nuestro plan y desea solicitarnos el reembolso del costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
- Se le informa que se reducirá o se cancelará la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado antes, y considera que esta reducción o cancelación podría afectar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir 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), tiene que leer la Sección 8 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 – Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

**Términos
Legales**

Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se llama **determinación de la organización**. Una decisión rápida de cobertura se llama **determinación acelerada**.

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

Una decisión normal de cobertura suele tomarse en un plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión rápida de cobertura suele tomarse en un plazo de 72 horas, para los servicios médicos, o de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Solo puede pedir cobertura para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión acelerada de cobertura solo si los plazos normales podrían afectar gravemente su salud o dañar su capacidad de llevar a cabo sus funciones de forma normal.
- Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, aceptaremos automáticamente proporcionársela.
- Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si su estado de salud requiere una decisión rápida de cobertura. Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que:
 - ◆ Explica que utilizaremos los plazos normales.
 - ◆ Explica que si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, se la daremos automáticamente.
 - ◆ Explica que puede presentar una queja acelerada sobre nuestra decisión de darle una decisión normal sobre la cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

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

- Empiece por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos una respuesta.

Para las decisiones normales de cobertura, utilizamos los plazos normales.

Esto significa que le daremos una respuesta en los 14 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- Sin embargo, si nos solicita más tiempo o si debemos más información que lo pueda beneficiar, **podemos tomarnos hasta 14 días más** si la solicitud se trata de un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si cree que no deberíamos tardar más días, puede presentar una queja acelerada. Le daremos una respuesta a su queja informal tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del que se usa para solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas informales).

Para tomar decisiones rápidas de cobertura, utilizamos un plazo acelerado.

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

- Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tardarnos hasta 14 días más**. Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si cree que no deberíamos tardar más días, puede presentar una queja acelerada. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas informales). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si respondemos que no a parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una nota por escrito para explicarle el motivo de nuestra decisión.

Paso 4: Si denegamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted puede apelar.

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a preguntar para obtener la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 5.3 – Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos Legales	Una apelación presentada a nuestro plan en relación con una decisión de cobertura de atención médica se llama reconsideración del plan. Una apelación acelerada también se denomina reconsideración acelerada .
-------------------------	---

Paso 1: Decida si necesita una apelación normal o una apelación acelerada.

Una apelación normal por lo general se hace en un plazo de 30 días o 7 días para medicamentos de la Parte B. Una apelación acelerada se hace generalmente en un plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deben determinar si se necesita una apelación acelerada.

Le proporcionaremos una apelación acelerada si su médico nos informa que la necesita debido a su estado de salud.

- Los requisitos para obtener una apelación acelerada son los mismos que los que se deben cumplir para una decisión rápida de cobertura, y se describen en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

- Si solicita una apelación normal, preséntela por escrito. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- Si solicita una apelación acelerada, hágalo por escrito o llámenos. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha del aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no presenta la apelación en este plazo, pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, explique la razón por la cual está presentando su apelación con retraso cuando la presente. Es posible que podamos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- Puede solicitar una copia de la información relativa a su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.

Paso 3: Analizamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos detenidamente toda la información. Hacemos una revisión para determinar si hemos seguido todas las normas cuando dijimos no a su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente comunicándonos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación acelerada

- En el caso de las apelaciones aceleradas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
 - ◆ Sin embargo, si nos solicita más tiempo o si debemos más información que lo pueda beneficiar, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si la solicitud se trata de un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
 - ◆ Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al finalizar el plazo extendido si nos tomamos días adicionales), automáticamente debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si respondemos que sí a parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 72 horas a partir del momento en que recibamos la apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y remitiremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le avisará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación normal

- En el caso de las apelaciones normales, debemos darle una respuesta en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B que aún no ha recibido, le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos una respuesta antes si es necesario debido a su condición de salud.
 - ◆ Sin embargo, si nos solicita más tiempo o si debemos más información que pueda beneficiarle, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más si la solicitud se trata de un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
 - ◆ Si cree que no deberíamos tardar más días, puede presentar una queja acelerada. Cuando presenta una queja acelerada, le respondemos en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas informales).
 - ◆ Si no le damos una respuesta en el plazo establecido (o al final del plazo ampliado), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, la enviaremos automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 – Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos Legales	El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente . A veces, se le conoce como IRE .
-------------------------	--

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si hay que cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Enviaremos a esta organización toda la información disponible sobre su apelación. Esta información se denomina **expediente del caso**. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente del caso. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
- También tiene derecho a entregar a la organización de revisión independiente cualquier información adicional que usted considere que puede ayudarle con su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si presentó una apelación acelerada de Nivel 1, también tendrá una apelación acelerada de Nivel 2

- Para la apelación acelerada, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de la misma.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente puede tardar hasta otros 14 días calendario si necesita obtener más información que pudiera beneficiarle. 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 normal de Nivel 1, también tendrá una apelación normal de Nivel 2

- En el caso de la apelación normal, si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** a partir de la recepción de la misma. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **a más tardar 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente puede tardar hasta otros 14 días calendario si necesita obtener más información que pudiera beneficiarle. La organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da una respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos de esta.

- Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas** o proporcionar el servicio **en un plazo de 14 días calendario** a partir de la recepción de la decisión de la organización de revisión para las solicitudes normales. Para las solicitudes aceleradas, disponemos de **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.

- Si la organización revisora acepta 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 un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión para las solicitudes normales. Para las solicitudes aceleradas, disponemos de **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- Si esta organización dice que no a parte o a la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que no debe aprobarse su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se llama **respaldar la decisión o denegar la apelación**).
- En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - ◆ Explicando su decisión.
 - ◆ Avisándole del derecho a una apelación de Nivel 3, si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un determinado mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.
 - ◆ Explicándole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea pasar al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (lo que da un total de cinco niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo figuran en el aviso por escrito que recibe tras su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5 – ¿Qué sucede si usted nos solicita que paguemos nuestra parte de los costos de una factura que recibió por atención médica?

En el Capítulo 7 se describen los casos en los que puede tener que solicitar el reembolso o el pago de una factura que haya recibido de un proveedor. También se explica cómo debe enviarnos los documentos necesarios para solicitarnos el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las reglas para utilizar su cobertura de atención médica.

- Si aceptamos su solicitud: Si la atención médica está cubierta y usted ha seguido todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo dentro de los 60 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud. Si aún no ha pagado la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.

- Si rechazamos su solicitud: Si la atención médica no está cubierta o usted no ha seguido todas las reglas, no le enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta para explicarle que no pagaremos la atención médica e informarle por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación. Esto significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga los pasos del proceso de apelaciones que se describen en la Sección 5.3. Para las apelaciones relativas al reembolso, **tenga en cuenta lo siguiente:**

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario a partir de la recepción de su apelación. Si nos pide que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación acelerada.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, tenemos que enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si se responde que sí a su apelación en cualquier proceso de apelaciones posterior al Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado en un plazo de 60 días calendario.

Sección 6 — Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 – Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación medicamente aceptada). Para más información sobre los medicamentos de la Parte D, reglas, restricciones y costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere únicamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para evitar confusiones, generalmente decimos medicamento en el resto de esta sección, en vez de repetir cada vez medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios o medicamento de la Parte D. También utilizamos el término "Lista de Medicamentos" en lugar de Lista de Medicamentos Cubiertos o **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de 2024.**

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si en la farmacia le informan que sus recetas médicas no pueden surtirse del modo en que están escritas, la farmacia le dará una notificación por escrito en la que le explicará cómo comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Términos Legales	Una decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D se llama determinación de cobertura .
-------------------------	---

Una decisión de cobertura es cuando tomamos una decisión sobre los beneficios y la cobertura, o sobre cuánto pagará el plan por los medicamentos que usted usa. Esta sección le dice qué puede hacer si se encuentra en una de las siguientes situaciones:

- Pedirnos cobertura para un medicamento de la Parte D que no está incluido en la **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de 2024**. **Solicite una excepción. Sección 6.2.**
- Pedirnos que eliminemos una restricción de cobertura del plan para un medicamento (como un límite en la cantidad que puede recibir de un medicamento). **Solicite una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitarnos pagar un monto menor del costo compartido de un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Solicite una excepción. Sección 6.2.**
- Pedirnos que obtengamos una aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4.**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicite un reembolso. Sección 6.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede presentar una apelación.

En esta sección se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 – ¿Qué es una excepción?

Términos Legales	<p>Solicitar la cobertura de un medicamento que no se incluye en la "Lista de Medicamentos" a veces se llama pedir una excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles.</p> <p>Solicitar la eliminación de una restricción sobre la cobertura para un medicamento algunas veces se llama solicitar una excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles.</p> <p>Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto se llama en ocasiones una excepción de nivel.</p>
-------------------------	---

Si un medicamento no tiene la cobertura que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que le expida la receta tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción.

A continuación, se muestran tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que le expida recetas pueden solicitar:

1. **Cubrirle un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra "Lista de Medicamentos"**. Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la "Lista de Medicamentos", tendrá que pagar el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4 para medicamentos no preferidos o del Nivel 2 para medicamentos genéricos. No puede solicitar una excepción del monto del costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
2. **Eliminación de la restricción para un medicamento cubierto**. En el Capítulo 5 se describen las reglas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra "Lista de Medicamentos". Si aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción, puede solicitar una excepción para el monto del copago o coseguro que deba pagar por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior**. Todos los medicamentos de nuestra "Lista de Medicamentos" se incluyen en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, entre más bajo sea el nivel de costo compartido, más baja será la parte del costo del medicamento que usted deberá pagar.
 - ◆ Si la "Lista de Medicamentos" contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que están en un nivel inferior de costo compartido que su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento por el monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
 - ◆ Si el medicamento que toma es un producto biológico puede pedirnos que cubramos el medicamento a un monto menor del costo compartido. Esto sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
 - Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento por el monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene los medicamentos alternativos de marca para tratar su condición.
 - Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento por el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene los medicamentos alternativos de marca o genéricos para tratar su condición.
 - ◆ No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento de Nivel 5 (medicamentos especializados).
 - ◆ Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel inferior de costos compartidos con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, por lo general pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 – Información importante que debe saber para solicitar excepciones

Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que le expida recetas debe 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 le expida recetas al solicitar la excepción.

En general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una determinada condición. Estas diferentes opciones se llaman medicamentos **alternativos**. En general, no aprobaremos su solicitud de una excepción si se establece que un medicamento alternativo tendría la misma eficacia que el medicamento que solicita y no provocaría más efectos secundarios u otros problemas de salud. Si nos pide una excepción de nivel, en general no aprobaremos su solicitud de una excepción, salvo que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajos no funcionen bien en su caso o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Le responderemos que sí o que no a su solicitud

- Si aceptamos su solicitud de una excepción, por lo general la aprobación tendrá validez hasta el final del año del plan. Así será siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si denegamos su solicitud, puede pedir otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 – Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos Legales	Una decisión rápida de cobertura se denomina determinación acelerada de cobertura .
-------------------------	--

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

Las decisiones normales de cobertura se toman en las **72 horas** siguientes a la recepción de la declaración de su médico. Las decisiones rápidas de cobertura se toman en un plazo de **24 horas** desde que recibimos la declaración de su médico.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una decisión rápida de cobertura. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Tiene que estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura para que le devuelvan el dinero de un medicamento que ya compró).
- Utilizar los plazos normales podría causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad de funcionamiento.
- **Si su médico u otro profesional que le expida recetas nos informa que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.**

- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta**, sin el respaldo de su médico o profesional que le expida recetas, nosotros decidiremos si su estado de salud requiere una decisión rápida de cobertura. Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que:
 - ◆ Explica que utilizaremos los plazos normales.
 - ◆ Explica que si su médico u otro profesional que le expida recetas solicita la decisión rápida de cobertura, se la daremos automáticamente.
 - ◆ Le explica cómo puede presentar una queja acelerada sobre nuestra decisión de darle una decisión normal de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Responderemos a su queja informal en las **24 horas** siguientes a su recepción.

Paso 2: Solicite una decisión normal de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

Empiece por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura por medio de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo CMS, que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique el reclamo denegado que está apelando.

Tanto usted como su representante o su médico (u otro profesional que le expida recetas) pueden hacer esto. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo se explica cómo puede autorizar por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- Si solicita una excepción, facilite la declaración de apoyo, que son las razones médicas de la excepción. Su médico u otro profesional que le receta pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otro profesional que le receta pueden explicarnos las razones por teléfono y, si es necesario, enviarnos después la declaración escrita por fax o correo.

Paso 3: Estudiamos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión rápida de cobertura

- Por regla general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** a partir de la recepción de su solicitud.
 - ◆ Para las excepciones, le daremos una respuesta **en un plazo de 24 horas** a partir de la recepción de la declaración de apoyo de su médico. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
 - ◆ Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si respondemos que sí a parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 24 horas a partir del momento en que recibamos su solicitud o la declaración de su médico que respalde su solicitud.

- **Si respondemos que no a una parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión normal de cobertura de un medicamento que aún no ha recibido

- Por regla general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su solicitud.
 - ◆ Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la declaración de apoyo de su médico. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
 - ◆ Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si respondemos que sí a parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar **en un plazo de 72 horas** a partir del momento en que recibamos su solicitud o la declaración de su médico que respalde su solicitud.
- **Si respondemos que no a una parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión normal de cobertura sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
 - ◆ Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si respondemos que sí a parte o a la totalidad de su solicitud**, también estaremos obligados a pagarle en el plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si respondemos que no a una parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si denegamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a preguntar para obtener la cobertura del medicamento que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.5 – Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos Legales	Una apelación ante nuestro plan acerca de una decisión de cobertura para un medicamento de la Parte D se denomina redeterminación del plan. Una apelación acelerada también se conoce como redeterminación acelerada .
-------------------------	---

Paso 1: Decida si necesita una apelación normal o una apelación acelerada.

Una apelación normal suele hacerse en un plazo de 7 días. Una apelación acelerada se hace generalmente en un plazo de 72 horas. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una apelación acelerada

- Si planea apelar una decisión del plan sobre la cobertura de un medicamento que aún no ha recibido, usted, su médico u otro profesional que le expida recetas deberán determinar si se necesita una apelación acelerada.
- Los requisitos para obtener una apelación acelerada son los mismos que los que se deben cumplir para una decisión rápida de cobertura y se describen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que le expida la receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación acelerada.

- Para las apelaciones normales, presente una solicitud por escrito. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- Para apelaciones aceleradas, presente su apelación por escrito o llámenos al **1-800-476-2167**. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información relativa a su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha del aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no presenta la apelación en este plazo, pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, explique la razón por la cual está presentando su apelación con retraso cuando la presente. Es posible que podamos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- Puede solicitar una copia de la información que aparece en su apelación y agregar más datos. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.

Paso 3: Analizamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando el plan revisa su apelación, vuelve a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Hacemos una revisión para determinar si hemos seguido todas las normas cuando dijimos no a su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional que le expida recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación acelerada

- En el caso de las apelaciones aceleradas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas a partir 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 72 horas**, debemos mandar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la evalúe una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si respondemos que sí a parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar **en un plazo de 72 horas** a partir del momento en que recibamos la apelación.
- **Si respondemos que no a parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación normal de un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de las apelaciones normales, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y es necesario debido a su condición médica.
 - ◆ Si no le damos una respuesta en 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la evaluará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos proporcionarle la cobertura tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero no más tarde de **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si respondemos que no a parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación normal sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - ◆ Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si respondemos que sí a parte o a la totalidad de su solicitud**, también estaremos obligados a pagarle en el plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

- Si respondemos que no a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si respondemos que no a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 6.6 – Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos Legales	El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente . A veces, se le conoce como IRE .
-------------------------	---

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si hay que cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante o su médico u otro profesional que le expida la receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** a la organización de revisión independiente. Ahí se explicará quiénes pueden presentar esta apelación de Nivel 2, con qué plazos deben cumplir y cómo pueden comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable en relación con la determinación **de riesgo** con arreglo a nuestro programa de administración de medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Enviaremos a esta organización toda la información disponible sobre su apelación. Esta información se denomina **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente del caso**. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
- También tiene derecho a entregar a la organización de revisión independiente cualquier información adicional que usted considere que puede ayudarle con su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

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

Plazos para una apelación acelerada

- Si su salud así lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación acelerada.

- Si la organización acepta concederle una apelación acelerada, esta tiene que darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación normal

- En el caso de las apelaciones normales, la organización revisora tiene que darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación, si esta se refiere a un medicamento que usted aún no ha recibido. Si solicita el reembolso de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** a partir de la fecha en que haya recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da una respuesta.

Para las apelaciones aceleradas:

- **Si la organización de revisión independiente responde que sí a parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura del medicamento aprobado por la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** a partir del momento en que recibamos la respuesta de la organización de revisión.

Para las apelaciones normales:

- **Si la organización revisora independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos aprobada por la organización revisora en un **plazo de 72 horas** a partir de la recepción de la decisión de la organización revisora.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** de un medicamento que ya compró, estamos obligados a enviarle el pago en un **plazo de 30 días calendario** a partir de la recepción de la decisión de la organización revisora.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde que no a su apelación?

Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su solicitud, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **respaldar la decisión**). También se conoce como **denegar la apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Avisándole del derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es muy bajo, significa que no podrá presentar otra apelación y que la decisión del Nivel 2 será definitiva.
- Indicándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea pasar al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (lo que da un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo figuran en el aviso por escrito que recibe tras la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7 — Cómo solicitarnos que cubramos una extensión de la hospitalización si considera que lo está dando de alta muy pronto

Si lo admiten a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, colaborará con su médico y el personal del hospital con el fin de prepararse para el día en que será dado de alta. Ellos se encargarán de coordinar la atención que pudiera necesitar después de ser dado de alta.

- El día que usted sale del hospital se conoce como fecha del **alta hospitalaria**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la comunicarán.
- Si piensa que el médico lo está dando de alta antes de tiempo, puede pedir que se extienda su hospitalización, y se tendrá en cuenta su solicitud.

Sección 7.1 – Durante su hospitalización, recibirá una notificación por escrito de Medicare que le indicará sus derechos

En los dos días siguientes a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso por escrito titulado **Un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos**. Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio a los Miembros o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY **1-877-486-2048**).

- **Lea cuidadosamente esta notificación** y pregunte si no entiende algo. Le dice:
 - ◆ Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de ella, según lo ordene el médico. Aquí se incluye el derecho a saber qué servicios son, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
 - ◆ Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
 - ◆ A dónde acudir si tiene alguna inquietud sobre la calidad de la atención hospitalaria.

- ◆ Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que se le está dando de alta del hospital demasiado pronto. Se trata de una manera formal y legal de solicitar un aplazamiento de la fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.
- **Se le pedirá que firme la notificación por escrito** para mostrar que la recibió y que entiende sus derechos.
 - ◆ A usted o a una persona que actúe como su representante se le pedirá que firme la notificación.
 - ◆ Firmar la notificación demuestra **únicamente** que recibió la información sobre sus derechos. La notificación no indica la fecha de alta. Firmar la notificación **no significa** que usted acepte una fecha de alta hospitalaria determinada.
- **Guarde una copia de la notificación** para tener la información en caso de que necesite presentar una apelación (o informar sobre un problema con la calidad de la atención).
 - ◆ Si firma la notificación más de dos días antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de que le den el alta.
 - ◆ Para ver una copia de esta notificación por adelantado, puede llamar a Servicio a los Miembros o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. También puede ver la notificación en línea en **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices**.

Sección 7.2 – Paso a paso: ¿cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria?

Si desea solicitarnos la extensión de la cobertura de los servicios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, deberá presentar su solicitud por medio del proceso de apelaciones. Antes de comenzar, asegúrese de saber qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio a los Miembros. O llame al State Health Insurance Assistance Program, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada.

En una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su apelación. Esta organización revisa si su fecha programada para el alta hospitalaria es adecuada para usted desde el punto de vista médico.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

En el aviso por escrito que recibió (**Un mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos**), se explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes de abandonar el hospital y **antes de la medianoche del día de su alta hospitalaria**.
 - ◆ **Si cumple este plazo**, puede permanecer en el hospital después de la fecha de alta sin pagar por ello mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - ◆ **Si no cumple con este plazo** y decide permanecer en el hospital después de la fecha programada para el alta hospitalaria, deberá pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha programada para el alta hospitalaria.
- Si se vence el plazo para presentar su apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y aún desea presentarla, deberá hacerlo directamente ante el plan. Para obtener más detalles sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía siguiente al día en que se comunique con nosotros, le entregaremos una **Notificación Detallada de Alta Hospitalaria**. En esta notificación se indica la fecha programada para el alta hospitalaria y se explican detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Puede obtener un ejemplo de la **Notificación Detallada de Alta Hospitalaria** llamando a Servicio a los Miembros o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**).
O puede consultar un ejemplo de la notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que presente nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también evaluarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que reciban del hospital y de nosotros.

- Al mediodía del día siguiente al que los revisores nos comuniquen su apelación, recibirá una notificación por escrito en la que se le indicará la fecha programada para el alta hospitalaria. Esta notificación también explica detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: Al día siguiente de tener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responderá su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión responde que sí, **debemos continuar proporcionando sus servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si se aplican). Es posible también que se apliquen limitaciones a los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión responde que **no**, significa que la fecha programada para el alta hospitalaria es médicamente apropiada. Si esto ocurre, la cobertura de **sus servicios para pacientes hospitalizados terminará** al mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le comunique la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión responde que no a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria** que reciba a partir del mediodía del día posterior al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha **rechazado** su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha programada para el alta hospitalaria, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones

Sección 7.3 – Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Durante una apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que reconsidere su decisión sobre la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar la totalidad de los costos de su hospitalización después de su fecha programada para el alta hospitalaria.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

Debe solicitar esta revisión en un plazo de 60 días calendario a partir del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya respondido que **no** a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de la atención que recibía.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evaluarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

Si la organización de revisión responde que sí:

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponda de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. Debemos continuar cubriendo la atención como paciente hospitalizado que usted reciba durante todo el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.
- Debe continuar pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión responde que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1. Esto se llama respaldar la decisión.
- En la notificación que reciba, se explicará por escrito qué pasos debe seguir si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si quiere continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (lo que da un total de cinco niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo figuran en el aviso por escrito que recibe tras la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 –¿Qué sucede si no presenta una apelación de Nivel 1 en el plazo indicado para cambiar su fecha de alta del hospital?

Términos Legales	Una revisión rápida (o apelación rápida) también se conoce como apelación acelerada .
-------------------------	--

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se ha explicado anteriormente, debe actuar con rapidez para iniciar la apelación de Nivel 1 de su fecha de alta hospitalaria. Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, hay otra manera de presentar su apelación. Si presenta su apelación de esta otra forma, los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Paso 1: Llámenos y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que usted solicita que le demos una respuesta en un plazo acelerado en lugar de en el plazo normal. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 2: Llevamos a cabo una revisión rápida de su fecha programada para el alta hospitalaria y revisamos si fue apropiada desde el punto de vista médico.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización para determinar si la fecha programada para el alta hospitalaria era adecuada desde el punto de vista médico. Revisaremos la información para ver si la decisión sobre la fecha del alta hospitalaria fue justa y si se siguieron todas las reglas.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir del momento en que solicite una revisión rápida.

- **Si respondemos que sí a su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que debe seguir en el hospital después de la fecha de alta. Le seguiremos proporcionando los servicios cubiertos de hospitalización mientras sean médicamente necesarios. También significa que acordamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que haya limitaciones de cobertura).
- **Si respondemos que no a su apelación,** significa que la fecha programada para el alta hospitalaria era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios para pacientes hospitalizados finaliza el día en que dijimos que finalizaría.
- **Si permaneció en el hospital después de la fecha programada para el alta hospitalaria,** es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que haya recibido después de esta fecha.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación alternativa de Nivel 2

Términos Legales	El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente . A veces también se le llama IRE .
-------------------------	--

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si hay que cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Reenviaremos su caso a la organización de revisión independiente automáticamente.

Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** a partir de que hayamos respondido que **no** a su primera

apelación. (Si considera que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente lleva a cabo una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación sobre el alta hospitalaria.
- **Si esta organización acepta su apelación**, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha programada para el alta hospitalaria. También debemos seguir proporcionando la cobertura de nuestro plan para sus servicios como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir el monto que le reembolsaremos o el tiempo que seguiremos ofreciendo cobertura para sus servicios.
- **Si esta organización responde que no a su apelación**, significa que está de acuerdo en que la fecha programada para el alta hospitalaria era médicamente apropiada.
 - ◆ El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, del que se encarga un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (lo que da un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores responden que **no** a su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa su apelación al Nivel 3.
- En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8 — Cómo solicitarnos que extendamos la cobertura de ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo

Sección 8.1 – Esta sección trata solo sobre tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención brindada en centros de enfermería especializada y servicios proporcionados en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)

Cuando reciba **servicios cubiertos de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios para ese tipo de atención mientras esta sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Debemos informarle con anticipación si decidimos que es hora de dejar de cubrirle cualquiera de estos tres tipos de atención. Al finalizar la cobertura de esa atención, **dejaremos de pagar nuestro porcentaje del costo de su atención.**

Si considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 – Le informaremos con anticipación sobre la finalización de su cobertura

Términos Legales	Notificación de No Cobertura de Medicare. Le indica cómo solicitar una apelación por la vía rápida. Presentar una apelación por la vía rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión sobre cuándo dejar de proporcionarle atención.
-------------------------	--

1. **Recibe una notificación por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan vaya a dejar de cubrir su atención. La notificación le dice:

- La fecha en la que dejaremos de cubrirle la atención.
- Cómo solicitar una apelación por la vía rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante más tiempo.

2. **Usted, o alguien que actúe en su nombre, deberá firmar la notificación escrita para demostrar que lo ha recibido.** Al firmar la notificación, usted solo acepta que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarla no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir la atención.

Sección 8.3 –Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá presentar su petición por medio del proceso de apelaciones. Antes de comenzar, asegúrese de saber qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio a los Miembros. O llame al State Health Insurance Assistance Program, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada.

En una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en cuidados de la salud pagados por el gobierno federal para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan

sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir determinados tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación por la vía rápida. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que ha recibido (**Notificación de No Cobertura de Medicare**) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- 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.**
- Si se vence el plazo para presentar su apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y aún desea presentar la apelación, deberá hacerlo directamente ante nosotros. Para obtener más información acerca de esta otra forma para presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Términos Legales	Explicación Detallada de No Cobertura. Notificación en la que se detallan los motivos de finalización de la cobertura.
-------------------------	---

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que presente nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también evaluará su información médica, hablará con su médico y analizará la información que reciba de nuestro plan.
- Antes de que finalice el día en que los revisores nos comuniquen su apelación, recibirá de nuestra parte la **Explicación Detallada de No Cobertura**, en la que se explican detalladamente los motivos por los que hemos puesto fin a la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo de un día a partir del momento en que tengan toda la información necesaria, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué pasa si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores responden que sí a su apelación, debemos continuar cubriendo sus servicios **durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.**

- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si se aplican). Puede haber limitaciones en los servicios cubiertos.

¿Qué pasa si los revisores dicen que no?

- Si los revisores responden que **no**, entonces **su cobertura finalizará** en la fecha que le indicamos.
- Si decide seguir recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención brindada en un centro de enfermería especializada o servicios proporcionados en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que finalice su cobertura, **usted deberá pagar el costo total de la atención.**

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores responden que no a su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo atención después de la fecha en que finalice su cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 – Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que reconsidere la decisión sobre la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, los servicios de atención brindada en un centro de enfermería especializada o los servicios proporcionados en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

Debe solicitar esta revisión en un plazo de **60 días** a partir del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió que **no** a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que terminó su cobertura.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evaluarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde que sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que hayamos dicho que terminaría su cobertura. **Debemos seguir cubriendo** la atención durante todo el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.

- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en la apelación de Nivel 1.
- En la notificación que reciba, se explicará por escrito qué pasos debe seguir si desea continuar con el proceso de revisión. Se describirá en detalle lo que debe hacer para avanzar al siguiente nivel de apelación, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si quiere continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo figuran en el aviso por escrito que recibe tras la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 –¿Qué sucede si no presenta una apelación de Nivel 1 en el plazo indicado?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Tal como se describió anteriormente, debe actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad e iniciar su primera apelación (en un plazo máximo de uno o dos días). Si no se comunica con esta organización en el plazo indicado, puede presentar su apelación de otra forma. Si presenta su apelación de esta otra forma, los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Términos Legales	Una revisión rápida (o apelación rápida) también se conoce como apelación acelerada.
-------------------------	---

Paso 1: Llámenos y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que usted solicita que le demos una respuesta en un plazo acelerado en lugar de en el plazo normal. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre cuándo terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información sobre su caso. Verificamos si se siguieron todas las normas al establecer la fecha de cancelación de la cobertura de nuestro plan de los servicios que usted estaba recibiendo.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir del momento en que solicite una revisión rápida.

- **Si respondemos que sí a su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios durante más tiempo, y seguiremos ofreciéndole los servicios cubiertos mientras sea necesario desde el punto de vista médico. También significa que acordamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que haya limitaciones de cobertura).
- **Si respondemos que no a su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le hayamos indicado y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si siguió recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención brindada en un centro de enfermería especializada o servicios proporcionados en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que indicamos que terminaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total de la atención.**

Paso 4: Si respondemos que no a su apelación acelerada, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Términos Legales	El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente . A veces, se le conoce como IRE .
-------------------------	---

Paso a paso: proceso de apelación alternativa de Nivel 2

En una apelación de Nivel 2, la organización de revisión independiente evalúa la decisión que tomamos sobre su apelación acelerada. Esta organización decide si la decisión debe modificarse. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una compañía que Medicare eligió para que se desempeñe como organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Reenviaremos su caso a la organización de revisión independiente automáticamente.

- Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** a partir de que hayamos respondido que no a su primera apelación. (Si considera que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le explica cómo presentar una queja informal).

Paso 2: La organización de revisión independiente lleva a cabo una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización responde sí a su apelación**, debemos devolverle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido después de la fecha en que habíamos dicho que terminaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo su atención durante el tiempo

que sea necesario desde el punto de vista médico. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir el monto que le reembolsaremos o el tiempo que seguiremos ofreciendo cobertura para sus servicios.

- **Si esta organización responde que no** a su apelación, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan con respecto a su primera apelación y que no la cambiará.
 - ◆ El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le informará por escrito de lo que puede hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente responde que no a su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo figuran en el aviso por escrito que recibe tras la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 es revisada por un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9 — Cómo presentar una apelación de Nivel 3 y superior

Sección 9.1 – Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de Solicitudes de Servicios Médicos

Esta sección podría serle útil si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que usted apeló alcanza ciertos niveles mínimos, puede avanzar a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que reciba sobre su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. A continuación, se indica quién revisa su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador responde que sí a su apelación, el proceso de apelación podría o no finalizar.** A diferencia de una decisión tomada sobre una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable. Si decidimos apelar, pasaremos a una apelación de Nivel 4.
 - ◆ Si decidimos **no** apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario a partir del momento en que recibamos la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
 - ◆ Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 junto con cualquier documento adjunto. Podemos esperar la decisión sobre la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador responde que no a su apelación, el proceso de apelación podría o no finalizar.**
 - ◆ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ◆ Si no quiere aceptar la decisión, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar la decisión favorable de una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones podría finalizar o no.** A diferencia de una decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que le sea favorable. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - ◆ Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario a partir del momento en que recibamos la decisión del Consejo.
 - ◆ Si decidimos apelar esta decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones podría finalizar o no.**
 - ◆ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ◆ Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que no a su apelación, el aviso que reciba le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5: Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá sí o no a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 – Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de Solicitudes de Medicamentos de la Parte D

Esta sección podría serle útil si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que usted apeló alcanza cierto monto mínimo en dólares, puede avanzar a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito a su apelación de Nivel 2 encontrará una explicación de con quién debe comunicarse y cómo debe solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. A continuación, se indica quién revisa su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador haya aprobado **en un plazo de 72 horas** (24 horas para las apelaciones urgentes) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones podría finalizar o no.**
 - ◆ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ◆ Si no quiere aceptar la decisión, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que el Consejo haya aprobado **en un plazo de 72 horas** (24 horas para las apelaciones urgentes) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones podría finalizar o no.**
 - ◆ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ◆ Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que no a su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, en la notificación se indicará si, de acuerdo con las normas, puede continuar con una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y qué hacer a continuación si elige seguir adelante con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá sí o no a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

Sección 10 — ¿Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas?

Sección 10.1 – ¿Qué tipos de problemas se tratan con el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza solamente para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente.

A continuación, se incluyen ejemplos de los tipos de problemas de los que se encarga el proceso de quejas.

Queja informal	Ejemplo
Calidad de la atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente inadecuado u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien fue grosero con usted o le faltó al respeto? • ¿No está conforme con nuestro Servicio a los Miembros? • ¿Siente que lo alientan a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para hacer una cita o debe esperar demasiado para obtenerla? • ¿Debió esperar mucho tiempo a un médico, farmacéutico o a otro profesional de la salud? ¿O nuestro Servicio a los Miembros u otro representante del plan? <ul style="list-style-type: none"> ◆ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o de examen, o para obtener una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos el aviso requerido? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?

Queja informal	Ejemplo
Puntualidad (estos tipos de queja están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones con respecto a las decisiones de cobertura y las apelaciones)	<ul style="list-style-type: none">• Si ha solicitado una decisión de cobertura o presentado una apelación y cree que no respondemos con suficiente rapidez, puede presentar una queja informal por nuestra lentitud. A continuación, se incluyen algunos ejemplos:<ul style="list-style-type: none">◆ Si nos ha solicitado una decisión rápida de cobertura o una apelación acelerada, y le hemos dicho que no, usted puede presentar una queja informal.◆ Si cree que no cumplimos los plazos de las decisiones de cobertura o de las apelaciones, usted puede presentar una queja informal.◆ Si cree que no cumplimos los plazos para cubrirle o reembolsarle determinados artículos o servicios médicos o medicamentos aprobados, usted puede presentar una queja informal.◆ Si cree que no hemos cumplido los plazos exigidos para remitir su caso a la organización de revisión independiente, usted puede presentar una queja informal.

Sección 10.2 – Cómo presentar una queja informal

Términos Legales	<ul style="list-style-type: none">• Una queja informal también se llama queja formal.• Presentar una queja informal también se llama presentar una queja formal.• Utilizar el proceso para presentar quejas informales también se llama utilizar el proceso para presentar una queja formal.• Una queja acelerada también se llama queja formal acelerada.
-------------------------	---

Sección 10.3 – Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea mediante una llamada telefónica o por correo.

- **En general, el primer paso es llamar a Servicio a los Miembros.** Ellos le informarán si es necesario que haga algo más.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme),** puede poner por escrito su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito. También le responderemos por escrito cuando presente una queja por teléfono si solicita una respuesta por escrito o su queja está relacionada con la calidad de la atención.
- **Si tiene una queja, trataremos de solucionarla por teléfono.** Si no podemos solucionar su queja por teléfono, seguiremos un proceso formal para revisar sus quejas. En su queja formal se debe explicar el problema; se debe mencionar, por ejemplo, por qué no está conforme con

los servicios que recibió. Consulte el Capítulo 2 para saber con quién debe comunicarse en caso de tener una queja.

- ◆ Debe presentarnos su queja formal (oralmente o por escrito) en un plazo de 60 días calendario a partir del evento o incidente. Debemos dar una respuesta a su queja formal tan pronto como sea necesario de acuerdo con su estado de salud, en un plazo máximo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos la queja. Es posible que ampliemos el plazo para tomar una decisión hasta 14 días calendario si usted solicita la ampliación del plazo o si justificamos la necesidad de obtener información adicional y el retraso es en su beneficio.
- ◆ Puede presentar una queja formal acelerada sobre nuestra decisión de no acelerar una decisión de cobertura o una apelación de atención o artículos médicos, o si extendemos el plazo que necesitamos para tomar una decisión de cobertura o sobre una apelación de atención o artículos médicos. Debemos responder a su queja formal acelerada **en un plazo de 24 horas**.
- El plazo para presentar una queja informal es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema por el que quiere quejarse.

Paso 2: revisamos su queja y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama porque tiene una queja, es posible que podamos darle una respuesta durante la misma llamada.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** En caso de que necesitemos más información y el retraso sea en su beneficio, o si usted pide más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión acelerada de cobertura o una apelación acelerada, automáticamente trataremos su solicitud como una queja acelerada.** Si presenta una queja acelerada, le responderemos **en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja informal o no asumimos la responsabilidad del problema por el que se queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le proporcionemos.

Sección 10.4 – También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja se refiere a la calidad de la atención, tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentarla directamente en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros especialistas en atención médica a los que paga el gobierno federal para supervisar y mejorar la atención médica que reciben los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **También puede presentar su queja informal a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 – También puede informarle a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja informal ante Medicare, visite

www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al **1-877-486-2048**.

Capítulo 10 —Cancelación de su membresía en nuestro plan

Sección 1 — Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en nuestro plan puede ser de forma **voluntaria** (por elección suya) o **involuntaria** (cuando usted no toma la decisión):

- Puede abandonar nuestro plan si así lo ha decidido. En la Sección 2 y la Sección 3 encontrará información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a poner fin a su membresía. En la Sección 5 de este capítulo, se informa en qué situaciones debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, debemos seguir proporcionándole atención médica y medicamentos recetados y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

Sección 2 — ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 – Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **periodo de inscripción anual** (también conocido como el **periodo de inscripción abierta anual**). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El periodo de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija conservar su cobertura actual o modificarla para el año siguiente.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir alguno de los siguientes tipos de planes:
 - ◆ otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados
 - ◆ Original Medicare **con** un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare
 - ◆ Original Medicare **sin** un plan individual de medicamentos recetados de Medicare
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a no ser que haya optado por la exclusión de la inscripción automática.
 - ◆ **Nota:** Si cancela su afiliación a un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditada de medicamentos recetados durante 63 o más días seguidos, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si en el futuro se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando inicie la cobertura de su nuevo plan, el 1.º de enero.

Sección 2.2 – Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer **un** cambio en su cobertura médica durante el **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El periodo anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** va del 1.º de enero al 31 de marzo.
- **Durante el periodo anual de inscripción abierta de Medicare Advantage**, puede:
 - ◆ Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - ◆ Cancelar su afiliación a nuestro plan y obtener cobertura con Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este periodo, también puede inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes posterior a que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o a que hayamos recibido su solicitud de cambio a Original Medicare. Si además elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía del plan de medicamentos iniciará el primer día del mes posterior a que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 – En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante un periodo de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de nuestro plan podrían reunir los requisitos para cancelar su membresía en nuestro plan en otros periodos del año. Se conocen como **periodos de inscripción especial**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante un periodo de inscripción especial si una de las siguientes situaciones se aplica a usted. A continuación se muestran tan solo algunos ejemplos; para conocer la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Normalmente, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si cumple los requisitos para recibir ayuda por medio del programa "Extra Help" para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
- Si infringimos el contrato que tenemos con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un centro de adultos mayores o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE).

Nota: Si usted es parte de un programa de administración de medicamentos, no podrá cambiar de plan. La Capítulo 5, Sección 10 ofrece más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los periodos de tiempo de inscripción varían en función de su situación.

Para saber si reúne los requisitos para un periodo de inscripción especial, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Si cumple los requisitos para cancelar su membresía por una situación especial, puede optar por cambiar su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir:

- otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados
- Original Medicare **con** un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare
- u Original Medicare **sin** un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare

Nota: Si cancela su afiliación a un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 o más días seguidos, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si en el futuro se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes posterior al momento en que recibamos su solicitud de cambio de plan.

Si recibe ayuda por medio del programa "Extra Help" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos, a menos que haya indicado que no debemos hacer la inscripción automática.

Sección 2.4 – ¿Dónde puede obtener más información sobre los periodos en los que puede cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede:

- **Llamar a Servicio a los Miembros.**
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare y Usted 2024**.
- Comuníquese con **Medicare** llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY **1-877-486-2048**).

Sección 3 — ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribese en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su afiliación a nuestro plan se cancelará automáticamente cuando la cobertura de su nuevo plan inicie.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare con un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.• Su afiliación a nuestro plan se cancelará automáticamente cuando la cobertura de su nuevo plan inicie.
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare sin un plan individual de medicamentos recetados de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su afiliación. Comuníquese con Servicio a los Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.• También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.• Su afiliación a nuestro plan se cancelará cuando inicie la cobertura de Original Medicare.

Sección 4 — Hasta el momento en que finalice su membresía, usted debe seguir obteniendo sus artículos o servicios médicos y sus medicamentos por medio de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, deberá seguir recibiendo servicios y artículos médicos y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga utilizando nuestra red de proveedores para recibir atención médica.**
- **Siga utilizando nuestra red de farmacias o el servicio de pedido por correo para surtir sus recetas.**
- **Si el día que finaliza su membresía usted está hospitalizado, nuestro plan cubrirá los gastos hasta que reciba el alta hospitalaria** (incluso si es dado de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

Sección 5 — En ciertas situaciones, debemos cancelar su membresía en nuestro plan

Sección 5.1 – ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en nuestro plan?

Debemos cancelar su membresía en nuestro plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - ◆ Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicio a los Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de cobertura de nuestro plan.
- Si es encarcelado (si va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de Estados Unidos o no se encuentra legalmente presente en Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga y que proporcione cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esos datos afectan su elegibilidad para este. No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare.
- Si mantiene de forma continua un comportamiento inapropiado que nos dificulte brindar atención médica a usted y otros miembros de nuestro plan. No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare.
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare.
 - ◆ Si cancelamos su membresía por esta razón, Medicare podría pedir que el Inspector General investigue su caso.
- Si debe pagar el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicio a los Miembros.

Sección 5.2 – No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que le están pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY **1-877-486-2048**).

Sección 5.3 – Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos explicarle por escrito las razones por las que lo hicimos. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal sobre nuestra decisión de cancelar la membresía.

Capítulo 11 —Avisos legales

Sección 1 — Aviso sobre la ley aplicable

La principal ley que regula este documento de **Evidencia de Cobertura** es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y los reglamentos establecidos por los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid, o CMS, en virtud de la Ley del Seguro Social. También se podrían aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado donde vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se describen ni se explican en el presente documento.

Sección 2 — Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamos, historial médico, información genética, prueba de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben respetar las leyes federales contra la discriminación, incluidos el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley sobre Americanos con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes que regulan a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra legislación y norma vigentes que se apliquen por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información al respecto o tiene alguna inquietud relacionada con la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019** (TTY **1-800-537-7697**) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llámenos a Servicio a los Miembros. Si tiene alguna queja, como algún problema relacionado con el acceso en silla de ruedas, Servicio a los Miembros puede ayudarlo.

Sección 3 — Aviso sobre los derechos de subrogación de los Pagadores Secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los que Medicare no es el pagador primario. Según las normas de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, Kaiser Permanente Senior Advantage, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que ejerce la Secretaría en virtud de las normas de los CMS de las subsecciones B a D de la sección 411 del título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

Sección 4 — Administración de esta Evidencia de Cobertura

Podemos adoptar políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficaz de esta **Evidencia de Cobertura**.

Sección 5 — Solicitudes y declaraciones

Debe llenar las solicitudes, formularios y declaraciones que solicitemos en el curso normal de nuestras actividades comerciales o según se indique en esta **Evidencia de Cobertura**.

Sección 6 — Asignaciones

No puede ceder esta **Evidencia de Cobertura** ni los derechos, intereses, reclamaciones por dinero adeudado, obligaciones o beneficios establecidos en el presente documento sin nuestro consentimiento previo por escrito.

Sección 7 — Honorarios y gastos de abogados y defensores

En cualquier disputa entre un miembro y el plan de salud, el grupo médico u hospitales del plan, cada una de las partes será responsable por los propios gastos y honorarios, lo cual incluye honorarios de abogados, defensores y otros gastos, salvo que la ley exija lo contrario.

Sección 8 — Coordinación de beneficios

Tal como se describe en la Capítulo 1, Sección 7, "Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan", si tiene otro seguro, debe usarlo en combinación con su cobertura como miembro de Senior Advantage 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 simplemente ayudarán a pagar la atención que usted reciba.

Si su otra cobertura es el pagador principal, a menudo este saldará 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 16 de este capítulo, y para los pagos primarios en casos de compensación del trabajador, la Sección 18 de este capítulo.

Debe informarnos si tiene otra cobertura de atención médica y si ocurren cambios en su cobertura adicional.

Sección 9 — Responsabilidad del empleador

En el caso de servicios que deba proporcionar un empleador por requisito de ley, no pagaremos dichos servicios a este empleador, y si los cubrimos, tendremos derecho a recuperar del empleador el valor de los servicios.

Sección 10 — Evidencia de Cobertura obligatoria para los miembros

Al escoger la cobertura o aceptar los beneficios de acuerdo con esta **Evidencia de Cobertura**, todos los miembros con capacidad legal para celebrar un contrato y los representantes legales de los miembros que no tengan dicha capacidad aceptan todas las disposiciones de esta **Evidencia de Cobertura**.

Sección 11 — Responsabilidad de las agencias gubernamentales

En el caso de los servicios que la ley exige que se reciban solo de una agencia gubernamental, no pagaremos a tal agencia por estos servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar a la agencia gubernamental un reembolso.

Sección 12 — Exención de responsabilidad de los miembros

Nuestros contratos con los proveedores de la red especifican que usted no es responsable de ningún monto que adeudemos. Sin embargo, es responsable del costo de servicios no cubiertos que reciba de proveedores de la red o que no pertenecen a la red.

Sección 13 — Sin exención

En caso de que no hagamos cumplir cualquiera de las disposiciones de esta **Evidencia de Cobertura**, ello no constituirá una renuncia a dicha disposición o a cualquier otra, ni perjudicará nuestro derecho posterior a exigir el cumplimiento estricto de las disposiciones por usted.

Sección 14 — Notificaciones

Enviaremos nuestros avisos a la dirección más reciente que tengamos. Usted es responsable de notificarnos sobre cualquier cambio de dirección. En caso de que se mude, llame a Servicio a los Miembros (los números están impresos en la contraportada de este documento) y al Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**) tan pronto como sea posible para informar sobre su cambio de domicilio.

Sección 15 — Recuperación de pagos en exceso

Nos reservamos el derecho a recuperar cualquier pago excesivo que hayamos realizado por concepto de servicios de cualquier parte que reciba este pago excesivo o de cualquier otra persona u organización obligada a pagar los servicios.

Sección 16 — Responsabilidad civil de terceros

Tal como se establece en la Capítulo 1, Sección 7, los terceros que le causen una lesión o enfermedad (o sus compañías de seguro) generalmente deben pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir esos pagos primarios. Si recibe una compensación por acuerdo o dictamen judicial en nombre o por parte de un tercero que supuestamente le ocasionó una lesión o enfermedad por la que el plan le prestó servicios cubiertos, deberá asegurarse de que recibamos el reembolso de dichos servicios.

Nota: La sección "Responsabilidad civil de terceros" no afecta su obligación de pagar los costos compartidos de estos servicios.

Según lo permita o exija la ley, tenemos la opción de subrogar las reclamaciones, 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 el tercero. Dicha subrogación será efectiva a partir del momento en el que le entreguemos o enviemos por correo, a usted o a su abogado, un aviso por escrito sobre el ejercicio de esta opción.

Para proteger nuestros derechos, tendremos un derecho de retención y derechos de reembolso sobre el dinero que usted o nosotros obtengamos de cualquier acuerdo o dictamen judicial contra un tercero en cualquier procedimiento o decisión, de otras clases de coberturas que incluyen, entre otras: responsabilidad civil, conductor sin seguro, conductor con seguro insuficiente, protección personal, compensación del trabajador, lesiones personales, pagos médicos y todos los demás tipos de partes que están directamente involucradas. El dinero que usted o nosotros obtengamos de cualquier acuerdo o dictamen judicial se aplicará en primer lugar para satisfacer nuestro derecho de retención, independientemente de si usted fue restituido y de que la cantidad total del dinero sea menor que los daños y perjuicios realmente sufridos. No estamos obligados a pagar los costos u honorarios de ningún abogado que usted haya contratado para procesar su reclamo por daños y perjuicios. Si nos reembolsa sin la necesidad de una acción legal, permitiremos un descuento en el costo de adquisición. Si tenemos que emprender acciones legales para hacer valer el interés, no habrá descuento en la adquisición.

En un plazo de 30 días a partir de que haya presentado o interpuesto un reclamo o demanda contra un tercero, deberá enviar un aviso por escrito de este reclamo o demanda a:

Kaiser Permanente
Patient Business Services
2500 South Havana Street
Aurora, CO 80014-1622

A fin de que podamos determinar la existencia de cualquier derecho que podamos tener y ejercerlo, deberá completar y enviarnos todo consentimiento, liberación, autorización, cesión y demás documentos, entre los que se incluyen los formularios de derecho de retención para dar instrucciones a su abogado, y al tercero y a su aseguradora de responsabilidad civil para que nos paguen directamente. Usted no puede aceptar renunciar, eximir 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 hubiese sido usted quien presentara el reclamo contra el tercero. Podemos ceder nuestros derechos de ejercer nuestros derechos de retención y de otros tipos.

Sección 17 — Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU.

En el caso de los servicios para tratar condiciones asociadas con el servicio militar y que la ley exige que sean proporcionados por el Departamento de Asuntos de Veteranos, no pagaremos a este departamento tales servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar un reembolso al departamento.

Sección 18 — Beneficios por responsabilidad civil del empleador o la compensación del trabajador

Tal como se estableció en la Capítulo 1, Sección 7, generalmente la compensación del trabajador debe pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir los pagos primarios de acuerdo con la compensación del trabajador o la ley de responsabilidad civil del empleador. Es posible que usted reúna los requisitos para recibir pagos u otros beneficios, incluidos los montos recibidos como compensación (a lo que colectivamente se le llama "beneficio financiero"), conforme a la compensación del trabajador o la ley de responsabilidad civil del empleador. Proporcionaremos los servicios cubiertos incluso si no está claro que tiene derecho a recibir el beneficio financiero, pero podremos recuperar el valor de cualquiera de los servicios cubiertos de las siguientes fuentes:

- de cualquier fuente que proporcione un beneficio financiero o de la cual deba recibirse un beneficio financiero
- de usted, en la medida en que un beneficio financiero se brinde o sea pagadero, o habría sido necesario proveer o pagarse si usted hubiera intentado, con atención y constancia, establecer su derecho a recibir el beneficio financiero conforme a cualquier compensación del trabajador o ley de responsabilidad civil del empleador

Sección 19 —Embarazo por encargo de terceros

En aquellas situaciones en las que una miembro reciba compensación monetaria por llevar un embarazo por encargo de terceros, intentaremos obtener el reembolso de todos los Cargos del Plan por los servicios cubiertos que la miembro reciba y que estén relacionados con la concepción, la gestación y el nacimiento del niño. Un acuerdo de embarazo por encargo de terceros es aquel en el que una mujer accede a quedar embarazada y entregar el bebé a otra persona o personas que tienen la intención de criar al niño.

Capítulo 12 —Definición de palabras importantes

Advantage Plus: Es un paquete opcional de beneficios suplementarios que puede elegir comprar durante el periodo de inscripción anual y en otros momentos limitados. **Los dos paquetes de beneficios suplementarios que se ofrecen incluyen beneficios de acupuntura, servicios dentales integrales, audífonos, apoyo en el hogar, transporte o artículos para la visión** por una prima mensual adicional que se suma a la prima del plan Senior Advantage (consulte la Sección 4.3 del Capítulo 1, Sección 4.3 para obtener más información).

Asignación: Monto específico que se acredita a un miembro para comprar un artículo. Si el costo de los artículos o de los servicios que elija es mayor que la asignación, usted pagará la diferencia, que no se aplica al monto del gasto máximo de bolsillo.

Cargos permitidos: El monto máximo del cargo facturado que nuestro plan determina que debe pagarse por los servicios cubiertos.

Centro de Cirugía Ambulatoria: Entidad que opera exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a los pacientes que no requieren hospitalización y que se espera que no permanezcan en el centro más de 24 horas.

Monto anual de beneficios cubiertos: Para el beneficio del POS de Medicare Explorer de Kaiser Permanente para miembros de los planes Bronze, Silver y Gold, el monto anual de beneficios cubiertos es el monto máximo en dólares que nuestro plan pagará a los proveedores fuera de la red por sus servicios cubiertos. El monto facturado por el/los servicio(s) recibido(s), menos los copagos, se acumula al monto anual de beneficios de cobertura. Una vez alcanzado el monto anual de cobertura de beneficios, deberá pagar el balance del costo facturado por ese servicio.

Periodo de inscripción anual: El periodo comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos o pasarse a Original Medicare.

Apelación: Es lo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención para la salud o de medicamentos recetados o del pago de los servicios o medicamentos que ya haya recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldos: Cuando un proveedor (como un médico o un hospital) factura a un paciente un monto que supera el costo compartido que permite el plan. Como miembro de nuestro plan, solo tiene que pagar su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores **facturen saldos** o de otra forma le hagan un cargo mayor que el monto del costo compartido que su plan dice que debe pagar.

Periodo de beneficios: La manera en la que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios de un centro de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día que usted es admitido a un centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin que reciba atención en un SNF. Si usted ingresa a un centro de enfermería especializada después de que finalizó un periodo de

beneficios, comenzará un nuevo periodo de beneficios. No hay un límite en la cantidad de periodos de beneficios.

Producto biológico: Un medicamento recetado que se crea de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levadura. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se conocen como biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Biosimilar: Un medicamento recetado que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original, sin embargo, los biosimilares suelen requerir una nueva receta médica para sustituir el producto biológico original.

Medicamentos de marca: Medicamento recetado que la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento produce y vende. Los medicamentos de marca tienen fórmulas con el mismo ingrediente activo que la versión genérica. Sin embargo, los medicamentos genéricos son producidos y vendidos por otras compañías farmacéuticas, y generalmente no están disponibles sino hasta después de que vence la patente del medicamento de marca.

Etapas de cobertura para catástrofes: La etapa de beneficios de medicamentos de la Parte D que comienza una vez que usted (o terceros autorizados en su nombre) haya gastado **\$8,000** en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pagos, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Sin costo alguno.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): Agencia federal que administra Medicare.

Coseguro: El monto que se le puede exigir que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20 %) de los cargos del plan como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados.

Queja: El nombre formal para presentar una queja es **interponer una queja formal**. El proceso de quejas informales se utiliza solo para algunos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye las quejas informales si su plan no respeta los plazos del proceso de apelación.

Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles (Lista de Medicamentos Recetados Disponibles o "Lista de Medicamentos"): Una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): Un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación tras una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios para patologías del habla y del lenguaje, así como servicios de evaluación ambiental en el hogar.

Coordinación de beneficios (COB): Disposición utilizada para establecer el orden en el que se pagan los reclamos cuando usted tiene otro seguro. Si tiene Medicare u otro seguro de salud o cobertura, cada tipo de cobertura se llama pagador. Si hay más de un pagador, hay normas para la coordinación de beneficios que determinan cuál paga primero. El pagador primario paga lo que debe de sus facturas primero y luego envía el resto para que lo pague el pagador secundario. Sin embargo, si el pago que se nos deba se le envía directamente a usted, la ley de Medicare le

exige que usted nos pague. En algunos casos puede haber un pagador terciario. Para obtener más información, consulte la Capítulo 1, Sección 7 y la Capítulo 11, Sección 8.

Copago: Un monto que se le puede pedir que pague como su parte del costo del servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo (por ejemplo \$10), en lugar de un porcentaje.

Costo compartido: El monto que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es adicional a nuestra prima mensual del plan). El costo compartido incluye una combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan requiera cuando se reciba un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que requiera un plan cuando se reciba un medicamento o servicio específico.

Nota: En algunos casos, es posible que no pague todos los costos compartidos aplicables en el momento de recibir los servicios, y le enviaremos una factura más adelante por los costos compartidos. Por ejemplo, si recibe atención no preventiva durante una consulta de atención preventiva programada, es posible que después le enviemos su factura del costo compartido correspondiente a la atención no preventiva. Para los artículos que se solicitan con anticipación, deberá pagar el costo compartido vigente en la fecha en la que se haga el pedido (aunque no cubriremos el artículo si usted no tiene cobertura el día en el que lo reciba) y es posible que deba pagar el costo compartido cuando se ordene el artículo. En el caso de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, la fecha del pedido es la fecha en que la farmacia procesa el pedido después de haber recibido toda la información necesaria para surtir la receta médica.

Niveles de costo compartido: Cada uno de los medicamentos de la lista de medicamentos recetados cubiertos está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, entre más alto sea el nivel de costo compartido, más deberá pagar usted por el medicamento.

Determinación de cobertura: Decisión sobre si el medicamento que se le recetó está cubierto o no por nuestro plan y el monto, en caso de haberlo, que usted debe pagar por el medicamento. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento no tiene cobertura por medio de nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para referirnos a los medicamentos recetados que tienen cobertura por parte de nuestro plan.

Servicios cubiertos: El término que usamos para referirnos a los servicios de atención para la salud y suministros que tienen cobertura por parte de nuestro plan.

Cobertura acreditada de medicamentos recetados: Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados normal de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando cumplen los requisitos para ser miembros de Medicare generalmente pueden mantener la cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Atención de custodia: Atención personal que se proporciona en un centro de adultos mayores, centro de cuidados paliativos u otro centro de atención cuando usted no necesita atención médica o atención de enfermería especializadas. La atención de custodia prestada por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, incluye la ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o silla, desplazarse y usar el baño. Además, puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Tarifa diaria de costo compartido: Es posible que se aplique una tarifa diaria de costo compartido cuando su médico le recete un suministro para menos de un mes de determinados medicamentos y que usted deba pagar un copago. La tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido entre el número de días en un suministro mensual. Por ejemplo: si el copago del suministro para un mes de un medicamento es de \$30 y un suministro para un mes en su plan es de 30 días, entonces su tarifa diaria de costo compartido es de \$1 al día.

Deducible: El monto que usted debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan lo pague.

Cancelación de la inscripción o de la afiliación: El proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Tarifa por entrega: La tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP): Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley de Seguro Social) como a la atención médica de un plan estatal de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad de la persona.

Equipo médico duradero (DME): Determinado equipo médico que pide el médico por motivos médicos. Algunos ejemplos incluyen: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que pida un proveedor para su uso en el hogar.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento medio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un nonato), la pérdida de un miembro o la pérdida de la función de un miembro, o la pérdida o disfunción grave de una función del organismo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que: 1) presta un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y que 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Condición médica de emergencia: Una condición médica o mental que se manifiesta con síntomas agudos (incluido el dolor intenso), de tal forma que una persona no profesional

prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina consideraría razonablemente que no recibir atención médica inmediata podría derivar en:

- riesgo grave para la salud de la persona o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o su bebé en gestación;
- deficiencia grave de las funciones corporales; o
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Evidencia de Cobertura (EOC) y divulgación de Información: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula u otra cobertura opcional seleccionada, que explica cuál es su cobertura, qué debemos hacer, cuáles son sus derechos y también sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos recetados cubiertos (una excepción a la lista de medicamentos recetados cubiertos) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel).

Medicamento excluido: Todo medicamento que no sea un medicamento cubierto de la Parte D, como se define en la Sección 1395w-102(e) del Título 42 del (USC).

"Extra Help": Un programa de Medicare o estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos bajos a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: Medicamento recetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos son tan eficaces como los medicamentos de marca y por lo general cuestan menos.

Queja formal: Un tipo de queja informal que usted presenta contra nuestro plan, proveedores o farmacias incluyendo las quejas informales sobre la calidad de la atención que recibe. No se trata de disputas sobre cobertura o pagos.

HMO-POS: Un plan HMO-POS es un plan de la HMO con un beneficio de POS. Punto de servicio significa que los miembros de los planes Bronze, Silver y Gold pueden utilizar proveedores fuera del área de servicio de Kaiser Permanente y de nuestra red para determinados servicios (consulte el Capítulo 4, Sección 2.2, para obtener más información sobre los servicios cubiertos y los costos compartidos).

Auxiliar de salud a domicilio: Una persona que proporciona servicios que no requieren la habilidad de un enfermero titulado o de un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el inodoro, vestirse o hacer los ejercicios indicados por el médico).

Atención médica a domicilio: Atención de enfermería especializada y otros servicios de atención para la salud que usted recibe en casa para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Consulte la lista de servicios cubiertos en la Tabla de Beneficios Médicos en la Capítulo 4, Sección 2. Cubrimos su atención médica a domicilio de acuerdo con las pautas de Medicare. La atención médica a domicilio puede incluir los servicios de un auxiliar de salud a domicilio si los servicios forman parte del plan de salud domiciliar para su enfermedad o lesión. Estos no están cubiertos a menos que también se le proporcione un servicio especializado cubierto. Los servicios de salud domiciliaria no incluyen los servicios de amas de llaves, arreglos para el servicio de alimentos ni atención de enfermería en el hogar de tiempo completo.

Centro de cuidados paliativos: Un beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que ha sido médicamente certificado como enfermo terminal, es decir, que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando primas, aún es miembro de su plan. Aún puede obtener todos los servicios que sean necesarios desde el punto de vista médico, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Hospitalización: Una hospitalización es cuando se le admite formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que usted siga siendo considerado un paciente ambulatorio.

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (IRMAA): Si sus ingresos brutos ajustados modificados como se informan en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años están por encima de un cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas que tienen Medicare se ven afectadas por este ajuste, por eso la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: El límite máximo de cobertura durante la etapa de cobertura inicial.

Etapas de cobertura inicial: Es la etapa antes de que sus gastos totales de medicamentos alcancen \$5,030, incluidos los montos que usted ha pagado y lo que nuestro plan ha pagado en su nombre.

Periodo de inscripción inicial: Cuando usted es elegible para participar en Medicare por primera vez, es el periodo en el que puede inscribirse a Medicare Parte A y Parte B. Si es elegible para participar en Medicare al cumplir los 65 años de edad, su periodo de inscripción inicial es el periodo de siete meses que inicia tres meses antes del mes en el que usted cumpla 65 años, incluido el mes en el que cumpla 65 años, y termina tres meses después del mes en el que cumpla 65 años.

Atención de paciente hospitalizado: Atención médica que recibe durante la hospitalización en un hospital general de atención de problemas médicos agudos.

Kaiser Foundation Health Plan (plan de salud): Kaiser Foundation Health Plan of Colorado es una organización sin fines de lucro y una organización de Medicare Advantage. En esta Evidencia de Cobertura, a veces se hace referencia al plan de salud como "nosotros" o "nos".

Kaiser Permanente: El plan de salud y grupo médico.

Región de Kaiser Permanente (región): Una organización de Kaiser Foundation Health Plan que administra un programa de atención médica de servicio directo. Cuando se encuentra fuera de nuestra área de servicio, puede recibir la atención médica necesaria desde el punto de vista médico y atención continua para condiciones crónicas de parte de proveedores designados en otra área de servicio de la región de Kaiser Permanente. Para obtener más información, consulte la Capítulo 3, Sección 2.4.

Hospital de Cuidados a Largo Plazo: Un hospital de cuidados agudos certificado por Medicare en el que generalmente se ofrecen servicios cubiertos por Medicare, como rehabilitación integral, terapia respiratoria, tratamiento de traumatismos en la cabeza y control del dolor. No son centros de cuidados a largo plazo, como los centros para pacientes convalecientes o de servicios de vida asistida.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte "Extra Help".

Monto del gasto máximo de bolsillo: Es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Los montos que paga por las primas de su plan, por las primas de Medicare Parte A y Parte B, y por los medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto del gasto máximo de bolsillo.

Medicaid (o Medical Assistance): Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas de bajos ingresos y recursos. Los programas de Medicaid pueden ser diferentes, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid.

Servicios o atención médicos: Servicios o artículos de atención para la salud. Algunos ejemplos de artículos de atención médica incluyen el equipo médico duradero, los anteojos y los medicamentos que cubre Medicare Parte A o B, pero no los medicamentos que cubre Medicare Parte D.

Grupo médico: Red de proveedores del plan que nuestro plan contrata para proporcionarle los servicios cubiertos. El nombre de nuestro grupo médico es Colorado Permanente Medical Group, P.C., una corporación profesional con fines de lucro.

Indicación aceptada desde el punto de vista médico: Uso de un medicamento que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinadas fuentes de referencia.

Necesario desde el punto de vista médico: Servicios, artículos o medicamentos que se necesitan para prevenir, diagnósticos o tratamiento de su condición médica y que reúnen los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: Programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, para algunas personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y para personas que padecen insuficiencia renal crónica en fase terminal (generalmente, las que tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage: El periodo de tiempo comprendido entre el 1.º de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este periodo, también puede inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados de

Medicare en ese momento. El periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un periodo de 3 meses después de que una persona sea elegible para Medicare por primera vez.

Plan de Medicare Advantage (MA): Llamado en ocasiones Medicare Parte C, es un plan que ofrece una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser (i) de una HMO, (ii) de una PPO, (iii) un plan de pago por servicio privado (PFFS) o (iv) un plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Special Needs Plan (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura para medicamentos recetados). A estos planes se los conoce como **planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Medicare Coverage Gap Discount Program: Un programa que proporciona descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la etapa del periodo de intervalo en la cobertura y que todavía no reciban ayuda por medio del programa "Extra Help". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunas compañías farmacéuticas.

Servicios cubiertos por Medicare: Los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los de visión, dentales o de audición, que pueda ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: Un plan de salud de Medicare es ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriban en el plan. Este término incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes de Medicare Cost, los Special Needs Plans, Demonstration/ Pilot Programs y Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): Seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos artículos de pacientes ambulatorios que no cubre Medicare Parte A o Parte B.

Póliza de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare): Seguro suplementario de Medicare que venden las compañías privadas de seguros para llenar los espacios de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de MediGap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Persona que tiene Medicare y que reúne los requisitos para obtener los servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicio a los Miembros: Un departamento de nuestro plan encargado de responder las preguntas que tenga sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Farmacia de la red: Una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan y en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, solo se cubren sus recetas médicas si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Médico de la red: Cualquier médico certificado que sea socio o empleado del grupo médico, o cualquier médico certificado contratado para prestar servicios a nuestros miembros (excepto los médicos contratados solo para brindar servicios de referidos).

Proveedor de la red: Proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de la salud, (incluidos, entre otros, asistentes médicos, profesionales de enfermería avanzada y enfermeros), hospitales y otros centros de atención médica que están certificados o autorizados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. **Los proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y en algunos casos para coordinar, así como ofrecer servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. A los proveedores de la red también se les llama **proveedores del plan**.

Determinación de la organización: Una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar por ellos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con pago por servicio): El gobierno ofrece Original Medicare y no un plan de salud privado como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En el caso de Original Medicare, los servicios de Medicare tienen cobertura mediante los pagos que reciben los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica según lo establece el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todo el territorio de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan determinadas condiciones (para más información, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5).

Proveedor o centro de atención fuera de la red: Un proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, propiedad ni dirigidos por nuestro plan.

Gastos de bolsillo: Consulte la definición de costo compartido proporcionada anteriormente. Al requisito de costo compartido de que el miembro pague una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se le llama requisito de gasto de bolsillo.

Plan del PACE: Un plan del Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) combina servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) de atención médica y social para las personas cuyo estado de salud es delicado, con el objetivo de ayudar a las personas a ser independientes en su comunidad (en lugar de mudarse a un centro de adultos mayores) durante el tiempo

que sea posible. Las personas inscritas en los planes del PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid por medio del plan.

Parte C: Consulte **Plan de Medicare Advantage (MA)**.

Parte D: El programa voluntario Medicare Prescription Drug Benefit Program.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que la Parte D puede cubrir. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Penalización por inscripción tardía en la Parte D: Un monto que se agrega a su prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si usted se queda sin cobertura acreditada (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura normal de medicamentos recetados de Medicare) durante un periodo de 63 días consecutivos o más después de que sea elegible para inscribirse por primera vez a un plan de la Parte D.

Monto aprobado por el médico: El monto máximo del cargo facturado que nuestro plan determina que debe pagarse por los servicios cubiertos. En el caso del beneficio del POS de Medicare Explorer de Kaiser Permanente para miembros de los planes Bronze, Silver y Gold, el monto permitido por el médico se basa en el horario de pago de Medicare.

Plan: Kaiser Permanente Senior Advantage.

Cargos del plan: Cargos del plan se refiere a lo siguiente:

- En el caso de servicios prestados por el grupo médico o los hospitales del plan, los cargos en el cronograma del plan de salud del grupo médico y los cargos de los hospitales del plan por servicios prestados a los miembros.
- En el caso de los servicios que se pagan por capitación a un proveedor (excepto el grupo médico o los hospitales del plan), los cargos del cronograma de cargos que Kaiser Permanente negocia con el proveedor al que se paga por capitación.
- En el caso de los artículos obtenidos en una farmacia que sea propiedad y esté dirigida por Kaiser Permanente, el monto que la farmacia cobraría a un miembro por un artículo que no esté incluido en su plan de beneficios (este monto resulta de los costos por la compra, el almacenamiento y la entrega de medicamentos, los costos directos e indirectos de brindar a los miembros los servicios de farmacia de Kaiser Permanente y la contribución del programa de farmacia a los requisitos de ingresos netos del plan de salud).
- Los cargos por cualquier otro servicio, los pagos que realiza Kaiser Permanente por los servicios o, si Kaiser Permanente resta los costos compartidos de sus pagos, el monto que Kaiser Permanente debería haber pagado si no hubiera restado los costos compartidos.

Atención de postestabilización: Servicios necesarios desde el punto de vista médico relacionados con su problema médico de emergencia, que usted recibe después de que su médico tratante determina que la condición está clínicamente estable. Clínicamente estable significa que el médico tratante cree, con base en probabilidades médicas razonables y de acuerdo con estándares médicos reconocidos, que se le puede dar de alta o trasladar sin peligro, y que no se espera que su condición empeore de manera importante durante el proceso del alta o el traslado, ni como consecuencia de ello.

Costo compartido preferido: El costo compartido preferido significa un costo compartido menor para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en ciertas farmacias de la red.

Farmacia preferida: Una farmacia del plan en la que puede surtir sus recetas médicas con copagos preferidos. Estas farmacias normalmente están ubicadas en los consultorios médicos de la red (consulte el **Directorio de Farmacias** para conocer las ubicaciones). El monto que paga en estas farmacias es menor que lo que paga en otras farmacias de la red que solamente ofrecen costo compartido estándar, a las cuales se les llama farmacias estándar en este documento.

Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO): Plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores con contrato que acordaron tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan de una PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban por medio de proveedores de la red o proveedores que no pertenecen a la red. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más altos cuando reciban los beneficios del plan de proveedores que no pertenecen a la red. Los planes de una PPO tienen un límite anual para los gastos de bolsillo por los servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto para los gastos de bolsillo totales combinados por los servicios tanto de proveedores de la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Prima: Pago periódico que se hace a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para la cobertura de atención médica y medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (PCP): Su médico u otro proveedor al que usted consulta primero por problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: Aprobación de antemano para obtener servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa se especifican en el Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 y se describen en la Capítulo 3, Sección 2.3. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la lista de medicamentos recetados disponibles.

Protésicos y ortóticos: Dispositivos médicos que incluyen, entre otros: aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para sustituir una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y urológicos y la terapia nutricional entérica y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): Grupo de médicos y otros expertos de atención médica que reciben su pago del gobierno federal para supervisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Herramienta de Beneficios en Tiempo Real: Una aplicación portátil o de computadora en la cual las personas inscritas pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica de la persona sobre beneficios y la lista de medicamentos recetados disponibles. Esto incluye montos del costo compartido, medicamentos alternativos de la lista de medicamentos recetados disponibles que pueden usarse para la misma condición de salud como un medicamento en específico, y las restricciones de la cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites sobre la cantidad) que aplican para medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de servicio: Área geográfica en la que debe residir para inscribirse en un determinado plan de salud. En el caso de los planes que restringen los médicos y hospitales que puede usar, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (servicios que no son de emergencia). Nuestro plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera de nuestra área de servicio del plan.

El área de servicio de la Región de Colorado incluye el área descrita en el Capítulo 1, Sección 2.2 y los médicos del Colorado Permanente Medical Group (CPMG) en cualquier consultorio médico de Kaiser Permanente en nuestras áreas de servicio del área Metropolitana/Denver, del Sur de Colorado o del Norte de Colorado. Para los propósitos de las primas, los costos compartidos, la inscripción y la cancelación de la afiliación, hay varios planes de Senior Advantage en nuestra área de servicio de nuestra región. Sin embargo, para obtener los servicios cubiertos, usted recibe atención de proveedores de la red en cualquier lugar de nuestra área de servicio de nuestra región.

Servicios: Servicios, suministros o artículos de atención para la salud.

Atención brindada en centros de enfermería especializada (SNF): Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados diariamente y de manera continua en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen la fisioterapia y las inyecciones intravenosas que solo puede administrar un enfermero titulado o un médico.

Período de inscripción especial: Tiempo determinado en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las que puede reunir los requisitos para un periodo de inscripción especial son, entre otras: si se muda fuera del área de servicio, si recibe ayuda por medio del programa "Extra Help" con los costos de los medicamentos recetados, si se muda a un centro de adultos mayores o si violamos nuestro contrato con usted.

Special Needs Plan: Un tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona atención médica más especializada para grupos determinados de personas, como las que tienen Medicare y Medicaid, las que viven en un centro de adultos mayores o las que presentan ciertas condiciones médicas crónicas.

Medicamentos especializados: Medicamentos muy costosos aprobados por la FDA que están en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles.

Costo compartido estándar: El costo compartido estándar es un costo compartido diferente al costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Farmacia estándar: Una farmacia del plan en la que puede surtir sus recetas médicas con copagos estándar. Estas farmacias normalmente no están ubicadas en los consultorios médicos de la red (consulte el **Directorio de Farmacias** para conocer las ubicaciones). El monto que usted paga en estas farmacias es mayor que lo que paga en las farmacias de la red que solamente ofrecen costo compartido preferido, a las cuales se les llama farmacias preferidas en este documento.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): Beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas con recursos e ingresos limitados que tienen una discapacidad, están ciegas

o tienen más de 65 años de edad. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Los servicios de urgencia: Servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente, no se puede acceder a ellos o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente Senior Advantage

MÉTODO	Servicio a los Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-800-476-2167 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 sin costo para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
ESCRIBA A	Kaiser Permanente 2500 South Havana Street Aurora, CO 80014-1622
SITIO WEB	kp.org/espanol

State Health Insurance Assistance Program

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos locales a personas que tienen Medicare. Consulte más información sobre el SHIP en la Capítulo 2, Sección 3.

Declaración de Revelación de la Ley de Reducción de Trámites (PRA): De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, no se le puede exigir a ninguna persona que responda a una solicitud de información a menos que esta tenga un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) válido. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.