

**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025**

## **Evidencia de Cobertura:**

### **Sus Servicios y Beneficios de Salud de Medicare y su Cobertura de Medicamentos Recetados como Miembro del plan Kaiser Permanente Dual Complete (HMO D-SNP)**

Este documento incluye información detallada sobre su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

**Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio a los Miembros al 1-800-443-0815. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.**

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (Health Plan) ofrece este plan, Kaiser Permanente Dual Complete (HMO D-SNP). En esta *Evidencia de Cobertura*, las palabras “nosotros”, o “nuestro(a)”, o sus equivalentes implícitos, se refieren al Health Plan. Cuando se usa “plan” o “nuestro plan”, se está aludiendo al plan Kaiser Permanente Dual Complete (Dual Complete).

Este documento está disponible de manera gratuita en español. Si desea información adicional, llame al número de nuestro Servicio a los Miembros al 1-800-443-0815. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

This document is available for free in Spanish. Please contact our Member Services number at 1-800-443-0815 for additional information. (TTY users should call 711.) Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.

Este documento está disponible en braille, en letra grande, en archivo de audio o en CD si lo necesita. Para solicitarlo, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este documento). Es posible que los beneficios, las primas, los deducibles, los copagos o el coseguro cambien el 1 de enero de 2026. La lista de medicamentos cubiertos, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Le avisaremos de los cambios a los miembros afectados con al menos 30 días de antelación.

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

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

H8794\_25E004005ES\_C  
1315439117\_CA0405\_ES

PBP #s: 004 & 005

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)



**Evidencia de Cobertura de 2025****Índice**

<b>Capítulo 1. <i>Introducción para miembros</i></b> .....	<b>6</b>
SECCIÓN 1: Introducción .....	6
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? .....	8
SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá.....	11
SECCIÓN 4 Los costos mensuales de nuestro plan.....	13
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual.....	16
SECCIÓN 6 Mantener actualizada la información de membresía del plan .....	16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan .....	17
<b>Capítulo 2: <i>Recursos y números de teléfono importantes</i></b> .....	<b>19</b>
SECCIÓN 1 Contactos de Kaiser Permanente Dual Complete (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo contactarse con Servicio a los Miembros) .....	19
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) .....	24
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) .....	26
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad.....	26
SECCIÓN 5 Seguro Social.....	27
SECCIÓN 6 Medicaid.....	28
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
<b>Capítulo 3: <i>Cómo usar nuestra cobertura del plan para sus servicios médicos</i></b> .....	<b>34</b>
SECCIÓN 1 Qué debe saber para obtener su cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan .....	34
SECCIÓN 2 Obtenga la atención médica que necesita de los proveedores de nuestra red .....	36
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención, o durante una catástrofe.....	41
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? .....	44
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica? .....	45
SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención cubierta en una institución religiosa no médica de cuidado de salud.....	47

SECCIÓN 7	Reglas para obtener la propiedad del equipo médico duradero .....	48
<b>Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar) .....</b>		
<b>50</b>		
Sección 1	Descripción de los gastos de bolsillo por servicios cubiertos .....	50
Sección 2	Consulte en este Cuadro de Beneficios Médicos qué servicios tienen cobertura y cuánto debe pagar por ellos .....	51
Sección 3	¿Cuáles son los servicios cubiertos fuera de nuestro plan?.....	109
Sección 4	¿Qué servicios no están cubiertos por nuestro plan?.....	110
<b>Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D .....</b>		
<b>117</b>		
Sección 1	Introducción .....	117
Sección 2	Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través de nuestro servicio de pedidos por correo .....	118
Sección 3	Sus medicamentos deben estar incluidos en nuestra Lista de Medicamentos.....	121
Sección 4	Algunos medicamentos tienen restricciones de cobertura .....	124
Sección 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto como desearía que lo estuviera?.....	125
Sección 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?.....	128
Sección 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre nuestro plan?.....	130
Sección 8	Surtir una receta .....	132
Sección 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en circunstancias especiales....	132
Sección 10	Programas sobre la seguridad de los medicamentos y su administración.....	134
<b>Capítulo 6. Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D.....</b>		
<b>137</b>		
Sección 1	Introducción .....	137
Sección 2	Lo que paga por un medicamento depende de la etapa de pago del medicamento en la que está cuando recibe el medicamento .....	139
Sección 3	Le enviaremos informes en los que se explican los pagos de sus medicamentos y se le indica en cuál etapa de pago está .....	140
Sección 4	No hay deducible para los miembros del plan North P4. Para los miembros del plan South P5, durante la Etapa de Deducible, usted paga la totalidad por el costo de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.....	142
Sección 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, pagamos nuestra parte de los costos de medicamentos y usted paga la suya .....	142
Sección 6	En la Etapa de Cobertura para Catástrofes, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D .....	148

Sección 7	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga por un medicamento depende cómo y dónde lo consigue.....	148
<b>Capítulo 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibe por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>.....</b>		
Sección 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos .....	151
Sección 2	Cómo solicitar el reembolso o el pago de una factura que recibió .....	153
Sección 3	Consideraremos su solicitud de pago y responderemos sí o no .....	155
<b>Capítulo 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>.....</b>		
SECCIÓN 1	Debemos respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro de nuestro plan .....	156
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro de nuestro plan .....	163
<b>Capítulo 9: <i>Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales)</i>.....</b>		
SECCIÓN 1	Introducción .....	164
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	165
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe seguir para solucionar su problema?.....	165
<b>PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE .....</b>		
SECCIÓN 4	Cómo abordar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicare .....	166
SECCIÓN 5	Lo esencial sobre apelaciones y decisiones de cobertura.....	167
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación .....	170
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación .....	179
SECCIÓN 8	Cómo pedirnos cobertura para una extensión de la hospitalización si cree que le darán el alta antes de tiempo .....	189
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que extendamos la cobertura para ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo .....	195
SECCIÓN 10	Cómo presentar una Apelación de Nivel 3 y superior .....	199
SECCIÓN 11	Cómo presentar quejas informales sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas .....	202
<b>PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDI-CAL (MEDICAID).....</b>		
SECCIÓN 12	Cómo manejar problemas sobre sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid) ....	205

<b>Capítulo 10: <i>Cancelación de su membresía en el plan</i></b> .....	<b>206</b>
SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de la membresía en nuestro plan .....	206
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	206
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? .....	210
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo artículos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan .....	211
SECCIÓN 5 En ciertas situaciones, debemos cancelar su membresía en nuestro plan .....	211
<b>Capítulo 11: <i>Notificaciones legales</i></b> .....	<b>214</b>
SECCIÓN 1 Aviso sobre la legislación vigente.....	214
SECCIÓN 2 Notificación sobre la no discriminación.....	214
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de los Pagadores Secundarios de Medicare .....	214
SECCIÓN 4 Administración de esta <i>Evidencia de Cobertura</i> .....	215
SECCIÓN 5 Solicitudes y declaraciones .....	215
SECCIÓN 6 Cesión.....	215
SECCIÓN 7 Honorarios y gastos de abogados y defensores.....	215
SECCIÓN 8 Coordinación de beneficios.....	215
SECCIÓN 9 Responsabilidad del empleador.....	216
SECCIÓN 10 <i>Evidencia de Cobertura</i> que obliga a los miembros.....	216
SECCIÓN 11 Responsabilidad de agencias gubernamentales .....	216
SECCIÓN 12 Exención de responsabilidad de los miembros.....	216
SECCIÓN 13 Sin exención .....	216
SECCIÓN 14 Avisos.....	216
SECCIÓN 15 Recuperación de pagos en exceso .....	216
SECCIÓN 16 Responsabilidad civil de terceros.....	217
SECCIÓN 17 Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos.....	218
SECCIÓN 18 Beneficios por responsabilidad civil del empleador o compensación del trabajador.....	218
SECCIÓN 19 Embarazo por encargo de terceros .....	218
SECCIÓN 20 Arbitraje obligatorio .....	219
<b>Capítulo 12: <i>Definición de términos importantes</i></b> .....	<b>224</b>

## Capítulo 1. Introducción para miembros

### SECCIÓN 1: Introducción

<b>Sección 1.1</b>	<b>Está inscrito en Dual Complete, que es un plan especializado Medicare Advantage (plan para necesidades especiales)</b>
--------------------	---

Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid:

- **Medicare** es un programa federal de seguro para personas de 65 años de edad o más, ciertas personas menores de 65 años de edad con incapacidades y personas con insuficiencia renal crónica en fase terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados a pagar los gastos médicos. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que usted tenga. Algunas personas con Medicaid obtienen ayuda para pagar las primas y otros costos de Medicare. Otras personas también reciben cobertura para servicios adicionales y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha decidido obtener su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare por medio de nuestro plan, Kaiser Permanente Dual Complete. Tenemos la obligación de cubrir todos los servicios de Parte A y Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a proveedores de este plan difiere del de Medicare Original.

Dual Complete es un plan especializado de Medicare Advantage (un plan para necesidades especiales de Medicare), lo cual significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Dual Complete está diseñado para personas que tienen Medicare y que tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid con el costo compartido de Medicare Parte A y Parte B (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no pague nada por los servicios de atención para la salud cubiertos por Medicare. Medicaid también puede proporcionarle otros beneficios, como la cobertura de servicios de atención para la salud, medicamentos recetados, atención a largo plazo y servicios en el hogar y la comunidad, que habitualmente no están cubiertos por Medicare. También recibirá un “Beneficio Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Nuestro plan lo ayudará a administrar todos estos beneficios para que usted reciba los servicios de atención para la salud y la asistencia con los pagos que le corresponden.

Kaiser Permanente Dual Complete es gestionado por una organización sin fines de lucro. Como todos los planes de Medicare Advantage, este Plan para necesidades especiales tiene la aprobación de Medicare. El programa también tiene un contrato con el programa Medi-Cal de California (Medicaid) para coordinar los beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle la cobertura de atención médica de Medicare, incluida la cobertura de medicamentos recetados.

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

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

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

Esta *Evidencia de Cobertura* contiene información sobre los siguientes planes, que incluyen la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D:

- Kaiser Permanente Dual Complete North P4 (HMO D-SNP), al que se hace referencia en este documento como “plan North P4.”
- Kaiser Permanente Dual Complete South P5 (HMO D-SNP), al que se hace referencia en este documento como “plan South P5”.

Si no está seguro del plan en que está inscrito, por favor llame a Servicio a los Miembros o consulte la portada de la *Notificación Anual de Cambios* (o para los nuevos miembros, su formulario de inscripción o la carta de confirmación de la inscripción).

**Nota:** Consulte el área de servicio geográfica de cada plan que se incluye en esta *Evidencia de Cobertura* en la Sección 2.3 de este capítulo. Para cumplir con los objetivos relacionados con primas, costos compartidos, inscripciones y cancelación de la afiliación, hay dos planes Dual Complete en nuestra área de servicio de la región, que se describen en la *Evidencia de Cobertura*. Sin embargo, para obtener los servicios cubiertos, recibe atención de proveedores de la red en cualquier lugar de nuestra área de servicio de la región.

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

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

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

**Sección 1.3 Información legal acerca de la *Evidencia de Cobertura***

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte del contrato que establecemos con usted sobre la forma en que cubrimos su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, nuestra *Lista completa de medicamentos cubiertos de 2025* y cualquier aviso que reciba de nosotros respecto a cambios en su cobertura o en las condiciones que afectan a su cobertura. Estos avisos se llaman en ocasiones *cláusulas para cobertura de cuidados médicos adicionales o enmiendas*.

El contrato tendrá vigencia durante los meses en los que usted esté inscrito en Dual Complete entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

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 2025. También podemos elegir entre dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, u ofrecerlo en otra, después del 31 de diciembre de 2025.

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

---

**SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?**

---

**Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad**

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

- Tiene tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B.
- Vive en nuestra área de servicio (en la Sección 2.3 a continuación se describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Y sea ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.
- Cumple con los requisitos de elegibilidad especiales descritos a continuación.

**Requisitos de elegibilidad especiales para nuestro plan**

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de aquellas personas que reciben ciertos beneficios por parte de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados a pagar los gastos médicos). Para ser elegible para nuestro plan, usted debe ser elegible tanto para Medicare como para los beneficios completos de Medicaid.



Nota: Si pierde la elegibilidad pero se puede esperar razonablemente que la recupere en un plazo de 4 meses, entonces igualmente es elegible para la membresía en nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 incluye información sobre la cobertura y el costo compartido durante un período que se considera de elegibilidad continua).

## **Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?**

Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados a pagar los gastos médicos. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién reúne los requisitos, qué servicios están cubiertos y el costo de estos servicios. Los estados también pueden decidir cómo gestionar su programa siempre y cuando sigan las pautas federales.

Además, existen programas que se ofrecen por medio de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como sus primas, por ejemplo. Estos “Programas de ahorro Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

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

## **Sección 2.3 Área de servicio de nuestro plan para Dual Complete**

Nuestro plan está disponible solo para aquellas personas que viven en el área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio de dicho plan. El área de servicio se describe a continuación.

### **Plan North P4**

Nuestra área de servicio para este plan en el norte de California incluye los siguientes condados: **Alameda, Contra Costa, Marin, Napa, Sacramento, San Francisco, San Joaquin, Santa Cruz, Solano y Stanislaus**, y estas partes de los condados, en los **siguientes códigos postales solamente:**

**Condado de Amador:** 95640 y 95669.

**Condado de El Dorado:** 95613-14, 95619, 95623, 95633-35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682 y 95762.

**Condado de Mariposa:** 93601, 93623 y 93653.

**Condado de Placer:** 95602-04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677-78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746-47 y 95765.

**Condado de Sonoma:** 94515, 94922–23, 94926–28, 94931, 94951–55, 94972, 94975, 94999, 95401–07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430–31, 95433, 95436, 95439, 95441–42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471–73, 95476, 95486–87 y 95492.

**Condado de Tulare:** 93238, 93261, 93618, 93631, 93646, 93654, 93666 y 93673.

**Condado de Yolo:** 95605, 95607, 95612, 95615-18, 95620, 95645, 95691, 95694-95, 95697-98, 95776 y 95798-99.

**Condado de Yuba:** 95692, 95903 y 95961.

### **Plan South P5**

Nuestra área de servicio para este plan en el Sur de California incluye estas partes de condados, **solo en los siguientes códigos postales:**

**Condado de Kern:** 93203, 93205–06, 93215–16, 93220, 93222, 93224–26, 93238, 93240–41, 93243, 93249–52, 93263, 93268, 93276, 93280, 93285, 93287, 93301–09, 93311–14, 93380, 93383–90, 93501–02, 93504–05, 93518–19, 93531, 93536, 93560–61 y 93581.

**Condado de Ventura:** 90265, 91304, 91307, 91311, 91319–20, 91358–62, 91377, 93001–07, 93009–12, 93015–16, 93020–22, 93030–36, 93040–44, 93060–66, 93094, 93099 y 93252.

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

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

### **Sección 2.4 Ciudadano de los Estados Unidos o presencia legal**

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

**SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá****Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan**

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



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

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

**Sección 3.2 Directorio de Proveedores**

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

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

La lista más reciente de proveedores y suministradores está disponible en nuestro sitio web en [kp.org/directory](http://kp.org/directory).

Si no tiene su copia del *Directorio de Proveedores*, puede solicitarla (electrónicamente o en formato impreso) a nuestro Servicio a los Miembros. Las solicitudes de directorios de proveedores en copia impresa se le enviarán por correo en el plazo de tres días hábiles.

### **Sección 3.3 Directorio de Farmacias**

En el *Directorio de Farmacias* ([kp.org/directory](http://kp.org/directory)) se enumeran las farmacias de la red. **Las farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir recetas médicas cubiertas de los miembros del plan. Puede usar el *Directorio de Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información acerca de cuándo puede usar una farmacia fuera de la red del plan.

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](http://kp.org/directory).

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

Nuestro plan tiene una *Lista completa de medicamentos cubiertos de 2025*. La llamamos “Lista de Medicamentos”, para abreviar. En ella, se informa qué medicamentos recetados de la Parte D tienen cobertura en virtud del beneficio de la Parte D que se incluye en nuestro plan. El plan selecciona los medicamentos que aparecen en esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con ciertos requisitos de Medicare. Medicare aprobó nuestra Lista de Medicamentos.

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

Le proporcionaremos una copia de nuestra Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite nuestro sitio web ([kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx)) o llame a Servicio a los Miembros.

---

## **SECCIÓN 4 Los costos mensuales de nuestro plan**

---

Sus costos pueden incluir los siguientes:

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

### **Sección 4.1 Prima del plan**

No deberá pagar una prima mensual del plan por separado para el plan North P4 y el plan South P5.

### **Sección 4.2 Prima mensual de Medicare Parte B**

#### **Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 de este capítulo, a fin de ser elegible para nuestro plan debe mantener la elegibilidad para Medicaid, Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayor parte de los miembros de nuestro plan, Medicaid paga por su prima de la Parte A (si no califica para ello automáticamente) y por su prima de la Parte B.

**Si Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, usted debe continuar pagándolas para seguir siendo miembro de nuestro plan.** Esto incluye su prima de la Parte B. También podría incluir una prima de la Parte A, para los miembros que no califican para la Parte A libre de prima.

### **Sección 4.3 Penalización por inscripción tardía en la Parte D**

Dado que usted tiene doble elegibilidad, la penalización por inscripción tardía no se aplica a usted siempre que mantenga su estatus de doble elegibilidad. No obstante, si pierde su estatus de doble elegibilidad, podría incurrir en una penalización por inscripción tardía. La penalización por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagar para recibir cobertura de la Parte D si, en cualquier momento, después de que terminó su periodo de inscripción inicial, no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un periodo consecutivo de 63 días o más. Cobertura acreditada de medicamentos recetados es aquella que satisface los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos el monto equivalente al de la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la penalización por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta sanción mientras tenga cobertura de la Parte D.

En los siguientes casos, **no** tendrá que pagarla:

- Si obtiene “Beneficio Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Usted no tuvo cobertura acreditable durante menos de 63 días seguidos.
- Ha tenido cobertura acreditable para medicamentos por parte de otra fuente como, por ejemplo, un empleador o sindicato anteriores, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o el departamento de recursos humanos le indicará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Es posible que esta información se envíe en una carta o se incluya en un boletín del plan. Conserve esta información, ya que es posible que la necesite si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
  - **Nota:** El aviso debe indicar que usted tenía cobertura acreditable de medicamentos recetados que se esperaba que pagase al menos el monto cubierto por el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
  - **Nota:** Lo siguiente *no* es una cobertura acreditable de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas ni sitios web con descuentos para medicamentos.

**Medicare establece el monto de la multa.** Funciona de la siguiente manera:

- Primero, cuente los meses completos que tardó para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare a partir de la fecha en que resultó elegible para inscribirse. O bien, cuente los meses completos que no tuvo cobertura acreditable de medicamentos recetados, si la detención de la cobertura fue de 63 días o más. La multa equivale al 1 % de cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. En 2025, el monto de la prima mensual promedio es de \$36.78.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima mensual promedio y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo anterior, se multiplicaría 14 % por \$36.78, lo que equivale a \$5.14. Esto se redondea a \$5.10. Este monto se agregaría **a la prima mensual de las personas que deban pagar la penalización por inscripción tardía en la Parte D.**

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

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

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

#### **Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso**

Puede que se le exija a algunos miembros que paguen un cargo adicional, conocido como el Monto de Ajuste Mensual Debido a los Ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). El cargo adicional se calcula con el ingreso bruto ajustado modificado que informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años. Si el monto excede un monto determinado, pagará el monto de prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente tenga que pagar con base en sus ingresos, consulte <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

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

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

**Sección 4.5 Monto del plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare**

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

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

---

**SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual**

---

**Sección 5.1 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?**

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

Sin embargo, en algunos casos, podría dejar de pagar una penalización por inscripción tardía si debe. O necesita comenzar a pagar una penalización por inscripción tardía. Esto podría suceder si reúne los requisitos para participar en el programa “Beneficio Adicional” o si pierde su elegibilidad para participar en el programa “Beneficio Adicional” durante el año.

- Si actualmente paga la penalización por inscripción tardía de la Parte D y reúne los requisitos para “Beneficio Adicional” durante el año, podrá dejar de pagar su penalización.
- Si ya no recibe “Beneficio Adicional”, podría estar sujeto a la penalización por inscripción tardía si deja de tener la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más.

Puede obtener más información sobre el programa “Beneficio Adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

---

**SECCIÓN 6 Mantener actualizada la información de membresía del plan**

---

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



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

### **Infórmenos de los siguientes cambios:**

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

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

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

---

## **SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan**

---

### **Otro seguro**

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

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

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura de salud de grupo de un empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o el 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 familiar, 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 insuficiencia renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
  - Si tiene menos de 65 años, tiene una discapacidad y usted o algún familiar sigue trabajando, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si por lo menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
  - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho sigue trabajando, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si por lo menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses a partir de la fecha en que haya reunido los requisitos para ser miembro de Medicare.

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

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

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

## Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

### SECCIÓN 1 Contactos de Kaiser Permanente Dual Complete (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo contactarse con Servicio a los Miembros)

#### Cómo comunicarse con Servicio a los Miembros del plan

Si necesita ayuda con un reclamo o la facturación, o tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de membresía, por favor llame o escriba a Servicio a los Miembros de Dual Complete. Será un placer ayudarlo.

Método	Servicio a los Miembros: Información de contacto
<b>LLAMADAS</b>	1-800-443-0815 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
<b>CORREO POSTAL</b>	Su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el Directorio de Proveedores para obtener ubicaciones).
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://kp.org">kp.org</a>

#### Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación o una queja sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por los servicios médicos que reciba. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos.

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores de la red, incluida una queja sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no abarca disputas sobre pagos ni cobertura.

Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones sobre la cobertura o realizar apelaciones o quejas informales sobre su atención médica, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja informal [decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales]*).

**1-800-443-0815 (TTY 711), los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.**

Método	Decisiones sobre la cobertura, apelaciones o quejas informales sobre la atención médica: información de contacto
<b>LLAMADAS</b>	1-800-443-0815  Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.  Si su decisión sobre la cobertura, apelación o queja informal reúne los requisitos para recibir una decisión rápida, tal como describe el Capítulo 9, llame a la Unidad de Revisiones Aceleradas al 1-888-987-7247, de lunes a sábado, de 8:30 a. m. a 5 p. m.
<b>TTY</b>	711  Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
<b>FAX</b>	Si su decisión sobre la cobertura, apelación o queja informal reúne los requisitos para recibir una decisión rápida, envíe su solicitud por fax a nuestra Unidad de Revisiones Aceleradas al 1-888-987-2252.
<b>CORREO POSTAL</b>	Para una decisión normal sobre la cobertura o una queja informal, escriba a su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el <i>Directorio de Proveedores</i> para obtener ubicaciones).  Para una apelación estándar, escriba a la dirección indicada en el aviso de denegación que le enviamos.  Si su decisión sobre la cobertura, apelación o queja reúne los requisitos para recibir una decisión rápida, escriba a:  Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	Puede presentar una queja informal acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, vaya a <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

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

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

Método	Decisiones sobre la cobertura sobre los medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
<b>LLAMADAS</b>	1-877-645-1282 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
<b>TTY</b>	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
<b>FAX</b>	1-844-403-1028
<b>CORREO POSTAL</b>	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://kp.org">kp.org</a>

### Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre 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 los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja informal [decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales]*).

Método	Apelaciones relacionadas con medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
<b>LLAMADAS</b>	1-866-206-2973 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8:30 a. m. a 5 p. m.
<b>TTY</b>	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8:30 a. m. a 5 p. m.
<b>FAX</b>	1-866-206-2974
<b>CORREO POSTAL</b>	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://kp.org">kp.org</a>

**1-800-443-0815 (TTY 711), los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.**

**Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja informal sobre sus 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 informal no abarca disputas sobre pagos ni cobertura (Si su problema es sobre la cobertura o los pagos de nuestro plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo solicitar decisiones sobre la cobertura o presentar apelaciones). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja informal sobre los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja informal [decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales]*).

<b>Método</b>	<b>Quejas informales sobre medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto</b>
<b>LLAMADAS</b>	1-800-443-0815  Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.  Si su queja informal reúne los requisitos para recibir una decisión rápida, puede llamar a la Unidad de la Parte D al 1-866-206-2973, de 8:30 a. m. a 5 p. m., los 7 días de la semana. Consulte el Capítulo 9 para saber si su problema reúne los requisitos para recibir una decisión rápida.
<b>TTY</b>	711  Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
<b>FAX</b>	Si su queja informal reúne los requisitos para recibir una decisión rápida, envíe su solicitud por fax a nuestra Unidad de la Parte D al 1-866-206-2974.
<b>CORREO POSTAL</b>	En el caso de una queja informal normal, escriba a su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el <i>Directorio de Proveedores</i> para obtener ubicaciones).  Si su queja reúne los requisitos para recibir una decisión rápida, escriba a:  Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	Puede presentar una queja informal acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, vaya a <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

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

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

**Nota:** Si nos envía una solicitud de pago y nosotros rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar esta decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal [decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales]*).

Método	Solicitudes de pago: Información de contacto
<b>LLAMADAS</b>	<p>1-800-443-0815</p> <p>Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.</p> <p><b>Nota:</b> Si solicita el pago de un medicamento de la Parte D que haya recetado un proveedor de la red y que haya obtenido en una farmacia de la red, llame a nuestra Unidad de la Parte D al 1-866-206-2973, de 8:30 a. m. a 5 p. m., los 7 días de la semana.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.</p>
<b>CORREO POSTAL</b>	<p>Para atención médica, los miembros del <b>Norte de California</b> deben escribir a:</p> <p>Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 12923 Oakland, CA 94604-2923</p> <p>Para atención médica, los miembros del <b>Sur de California</b> deben escribir a:</p> <p>Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004</p> <p>En relación con los medicamentos de la Parte D, debe escribir a: Si está solicitando el pago de un medicamento de la Parte D que fue recetado y suministrado por un proveedor de la red, puede enviar por fax su solicitud al <b>1-866-206-2974</b> o enviarnos un correo a:</p> <p>Kaiser Permanente CA Medicare PDU/MSU Operations P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>

<b>Método</b>	<b>Solicitudes de pago: Información de contacto</b>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://kp.org">kp.org</a>

---

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

---

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados CMS). Esta agencia tiene un contrato con las organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

<b>Método</b>	<b>Medicare: Información de contacto</b>
<b>LLAMADAS</b>	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
<b>TTY</b>	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.



Método	Medicare: Información de contacto
SITIO WEB	<p data-bbox="444 279 699 310"><a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a></p> <p data-bbox="444 325 1344 541">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 médica domiciliaria y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="444 556 1369 661">Además, el sitio web de Medicare ofrece información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y sobre las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="495 676 1406 982" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="495 676 1260 751">• <b>Herramienta de elegibilidad de Medicare:</b> Proporciona información del estado de elegibilidad para Medicare.</li> <li data-bbox="495 766 1406 982">• <b>Medicare Plan Finder:</b> Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas le ofrecen un <i>cálculo aproximado</i> de cuáles podrían ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare.</li> </ul> <p data-bbox="444 997 1398 1066">También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre nuestro plan:</p>
SITIO WEB	<ul data-bbox="495 1102 1393 1325" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="495 1102 1393 1325">• <b>Informe a Medicare sobre su queja:</b> Puede presentar una queja informal acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Si desea presentar una queja informal ante Medicare, vaya a <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>. Medicare se toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.</li> </ul> <p data-bbox="444 1339 1403 1591">Si no tiene una computadora, puede visitar nuestro sitio web desde la computadora de una biblioteca o un centro para adultos mayores de su localidad. También puede llamar a Medicare y solicitar la información que necesite. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>

---

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

---

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP).

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

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

#### MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP Y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (haga clic en SHIP Locator [Localizador de SHIP] en medio de la página).
- Seleccione de la lista el nombre de su **estado**. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	HICAP (SHIP de California): información de contacto
LLAMADAS	1-800-434-0222
TTY	711
CORREO POSTAL	La oficina de HICAP de su condado.
SITIO WEB	<a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>

---

### 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 California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta.

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

Comuníquese con Livanta si:

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

<b>Método</b>	<b>Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California): Información de contacto</b>
<b>LLAMADAS</b>	1-877-588-1123 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.
<b>TTY</b>	1-855-887-6668 Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial, y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.
<b>CORREO POSTAL</b>	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.livantaqio.com">www.livantaqio.com</a>

## SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

---

## **SECCIÓN 6 Medicaid**

---

Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados a pagar los gastos médicos.

Además, existen programas que se ofrecen por medio de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como sus primas, por ejemplo. Estos “Programas de ahorro Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario de Medicare calificado (QMB):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Algunos QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB+).
- **Beneficiario con bajos ingresos especificado de Medicare (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda al pago de las primas de la Parte B. Algunas personas que son SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+).

Comuníquese con Medi-Cal (Medicaid) si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid.

<b>Método</b>	<b>Medi-Cal (programa de Medicaid de California): Información de contacto</b>
<b>LLAMADAS</b>	1-800-430-4263 Las llamadas a este número no tienen costo. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.
<b>TTY</b>	1-800-430-7077 Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial, y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.
<b>CORREO POSTAL</b>	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/">www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/</a>

La oficina de Defensoría General de los Derechos del Paciente del Departamento de Servicios de Atención para la Salud de California ayuda a las personas que tienen problemas de facturación o de servicios. Pueden ayudarle a presentar una queja formal o una apelación con nuestro plan.

<b>Método</b>	<b>Defensoría General de los Derechos del Paciente del Departamento de Servicios de Atención para la Salud de California: Información de contacto</b>
<b>LLAMADAS</b>	1-888-452-8609 Las llamadas a este número no tienen costo. lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
<b>TTY</b>	711
<b>CORREO POSTAL</b>	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.dhcs.ca.gov/services/med-cal/Pages/MMCDOofficeoftheOmbudsman.aspx">www.dhcs.ca.gov/services/med-cal/Pages/MMCDOofficeoftheOmbudsman.aspx</a>

El programa la Defensoría General de los Derechos del Paciente de cuidados a largo plazo de California, ayuda a las personas a obtener información sobre centros de adultos mayores y a resolver los problemas entre los centros de adultos mayores y los residentes o sus familias.

**1-800-443-0815 (TTY 711), los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.**

<b>Método</b>	<b>Línea de información para adultos y personas mayores de California: información de contacto</b>
<b>LLAMADAS</b>	1-800-510-2020 Las llamadas a este número no tienen costo. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
<b>CORREO POSTAL</b>	Programa de la Defensoría General de los Derechos del Paciente de cuidados a largo plazo de su condado
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Long-Term_Care_Ombudsman/">https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Long-Term_Care_Ombudsman/</a>

---

## **SECCIÓN 7 Información sobre los programas de ayuda para pagar los medicamentos recetados**

---

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) brinda información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos recetados. También existen otros programas de asistencia para personas con ingresos limitados, que se describen a continuación.

### **Programa “Beneficio Adicional” de Medicare**

Debido a que usted reúne los requisitos para Medicaid, usted califica para “Beneficio Adicional” y lo recibirá de parte de Medicare para el pago de sus medicamentos recetados. No debe hacer nada más para obtener este “Beneficio Adicional”.

Si tiene preguntas sobre el programa “Beneficio Adicional”, llame a alguno de los siguientes números:

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

Si cree que el monto del costo compartido que paga cuando busca su receta en una farmacia es incorrecto, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, le permite entregárnosla.

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

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

- Escriba a Kaiser Permanente a la siguiente dirección:  
California Service Center  
Attn: Best Available Evidence  
P.O. Box 232400  
San Diego, CA 92193-2400
- Envíela por fax al siguiente número 1-877-528-8579.
- Llévela a una farmacia de la red o a su oficina local de Servicio a los Miembros en un centro de atención de la red.

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

La mayoría de nuestros miembros califican y ya reciben la “Beneficio Adicional” de Medicare para pagar los costos de los medicamentos recetados del plan.

### **¿Qué ocurre si tiene el “Beneficio Adicional” y cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?**

### **¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP)?**

El Programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a los individuos con VIH o SIDA que reúnen los requisitos a que tengan acceso a medicamentos que salvan vidas contra el VIH. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también se encuentran en la lista de medicamentos cubiertos del ADAP califican para ayuda con el costo compartido de las recetas médicas por medio del Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA de California. **Nota:** Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben reunir ciertos requisitos, incluida una prueba de residencia en el estado y su condición de VIH, bajos ingresos conforme a la definición del estado y estar sin seguro o con seguro insuficiente.

Si cambia de parecer, notifique a su trabajador local de inscripción en el ADAP para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, por favor llame a la Central de Llamadas de ADAP al **1-844-421-7050** de 8 a. m. a 5 p. m. (excepto días festivos).

### **Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare.**

El plan de pagos para medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona junto a su cobertura de medicamentos actual, y puede ayudarle a administrar sus costos de medicamentos dividiendo el gasto **en pagos mensuales que podrán variar durante el año** (enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no ahorra dinero ni reduce el costo de los medicamentos.** El “Beneficio Adicional” de Medicare y la asistencia del SPAP y ADAP, para quienes reúnen los requisitos, es más conveniente que participar en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros reúnen los requisitos para participar en esta opción de pago, no importa el nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare que tengan cobertura de medicamentos deberán ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite [Medicare.gov](http://Medicare.gov) para ver si esta opción de pago es adecuada para usted.

<b>Método</b>	<b>Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare: Información de contacto</b>
<b>LLAMADAS</b>	1-800-443-0815 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
<b>CORREO POSTAL</b>	Su oficina local de Servicio a los miembros (consulte el <i>Directorio de Proveedores</i> para obtener ubicaciones).
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://kp.org">kp.org</a>

## **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.

<b>Método</b>	<b>Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios: Información de contacto</b>
<b>LLAMADAS</b>	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número no tienen costo.</p> <p>Si marca “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios (RRB), de 9 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m., los miércoles.</p> <p>Si marca “1”, puede acceder a la Línea de Ayuda automatizada de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-312-751-4701</p> <p>Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial, y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://rrb.gov/">rrb.gov/</a></p>

## Capítulo 3. Cómo usar nuestra cobertura del plan para sus servicios médicos

### SECCIÓN 1 Qué debe saber para obtener su cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan

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

Para ver más información sobre qué tipo de atención médica tiene cobertura en nuestro plan y cuánto debe pagar cuando recibe esta atención, vea el Cuadro de Beneficios que aparece en el capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Cuadro de Beneficios Médicos [qué tiene cobertura y cuánto debe pagar usted]*).

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

- **Los proveedores** son médicos y otros profesionales de la salud que están autorizados por el estado para proporcionar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los proveedores de la red** son los médicos y demás profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su costo compartido como un pago completo. Tenemos un acuerdo con estos proveedores para que proporcionen servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan. Al usar uno de estos proveedores de la red, no debe pagar nada o solo el porcentaje de los costos para los servicios cubiertos que le corresponda pagar a usted.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo de atención médica y los medicamentos recetados que tienen cobertura de nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se enumeran en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el capítulo 5.

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

Como plan de salud de Medicare, nuestro plan debe cubrir todos los servicios que Original Medicare cubre.

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

- **La atención que recibe está incluida en nuestro Cuadro de Beneficios Médicos** (consulte esta tabla en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibió se considera necesaria desde el punto de vista médico.** “Necesario desde el punto de vista médico” significa que los servicios, artículos, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red, que le brinda atención médica y la supervisa.** Como miembro de nuestro plan, lo alentamos a que escoja un PCP de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - En la mayoría de los casos, el PCP de la red debe darle una referencia con antelación antes de que pueda usar otros proveedores en nuestra red, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le llama darle una referencia. Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - No se requiere que su PCP le proporcione una referencia para obtener atención de emergencia o servicios necesarios con urgencia. Además, hay otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación con antelación de su PCP (para obtener más información, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención por parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no pertenece a nuestra red) no será cubierta. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. *Existen 4 excepciones:*
  - Cubrimos la atención de emergencia o los servicios necesarios con urgencia que recibe de un proveedor que no pertenece a la red. Para obtener más información 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 requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que puedan proporcionar esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que paga normalmente dentro de la red si nosotros o nuestro Medical Group autoriza los servicios antes de que usted obtenga la atención. En este caso, cubrimos los servicios como si obtuviera la atención de un proveedor de red. Para obtener información sobre la aprobación para ver a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.

- Cubrimos los servicios de diálisis que recibe en los centros de diálisis certificados por Medicare mientras se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio o cuando su proveedor de este servicio no está disponible ni accesible temporalmente. Los costos compartidos que usted paga a nuestro plan por la diálisis nunca pueden superar los costos compartidos de Original Medicare. Si está fuera de nuestra área de servicio y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de nuestra red, su costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de la red para la diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de nuestra red, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.
- Si recibe atención de los proveedores de la red en otras regiones de Kaiser Permanente descritas en la Sección 2.3 de este capítulo.

---

## **SECCIÓN 2 Obtenga la atención médica que necesita de los proveedores de nuestra red**

---

<b>Sección 2.1 Debe escoger un proveedor de atención primaria (PCP) que le proporcione y supervise la atención médica</b>
---

### **¿Qué es un PCP y qué es lo que hace por usted?**

Como miembro, puede 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 ejercerá la medicina general (también llamada medicina interna o para adultos y medicina familiar) y, en algunos casos, la obstetricia o ginecología. En algunos centros de atención de la red, si lo prefiere, puede elegir un enfermero con práctica médica o un auxiliar médico disponible para que sea su proveedor de atención primaria. Los PCP se encuentran identificados en el *Directorio de Proveedores*.

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

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

Para elegir o cambiar su PCP, por favor llame a **nuestro número de selección de médico personal al 1-888-956-1616 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. También puede realizar su selección en:

- [kp.org/mydoctor/connect](https://kp.org/mydoctor/connect) para miembros del Norte de California o
- [kp.org/finddoctors](https://kp.org/finddoctors) para miembros del Sur de California.

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

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

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

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

- Atención de rutina de salud de la mujer, que incluye exámenes del seno, mamografías de detección (radiografías del seno), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe y contra COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o que no pertenecen a la red.
- Servicios de urgencia cubiertos por el plan, que son servicios que requieren atención médica inmediata, pero que no son emergencias, siempre que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o no sea razonable debido a su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red con quienes nuestro plan tiene contratos. Ejemplos de servicios de urgencia que son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina a proveedores médicamente necesarias, tal como los exámenes médicos anuales, no se consideran de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red del plan no se encuentra disponible temporalmente.

- Servicios de diálisis que recibe en un centro de atención de diálisis certificado por Medicare mientras se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio. Si es posible, por favor llame a Servicio a los Miembros antes de abandonar el área de servicio, para que podamos ayudarlo a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.
- Segundas opiniones de otro proveedor de la red, excepto cierta atención especializada.
- Para el plan South P5: Atención quiropráctica cubierta por Medicare, siempre que la reciba de un proveedor de la red.
- Citas en las siguientes áreas: optometría, abuso de sustancias y psiquiatría.
- Servicios de atención preventiva, excepto pruebas de detección de aneurisma de la aorta abdominal, terapia nutricional médica, sigmoidoscopia flexible, colonoscopia de detección, densitometría ósea de detección y análisis de laboratorio.

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

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

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

#### **Referencias de su PCP**

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

#### **Referencias a proveedores de la red**

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

**Autorización previa**

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

- Servicios y artículos identificados en el Capítulo 4 con una nota al pie (†).
- Si su proveedor de la red decide que usted necesita servicios cubiertos que no están disponibles en los proveedores de la red, recomendará al Grupo Médico que se le remita a un proveedor que no pertenece a la red dentro o fuera de nuestra área de servicio. La persona designada por el Medical Group autorizará los servicios si determina que los servicios cubiertos son necesarios desde el punto de vista médico y no están disponibles por medio de un proveedor de la red. Las referencias a proveedores que no pertenecen a la red serán para un plan de tratamiento específico, que puede incluir una referencia abierta si se requiere atención continua. Especifica la duración de la referencia sin tener que obtener nuestra aprobación adicional. Pregúntele a su proveedor de la red qué servicios se han autorizado si no está seguro. Si el especialista no pertenece a la red quiere que usted continúe recibiendo más atención, asegúrese de que la referencia cubra atención adicional. Si no es así, comuníquese con su proveedor de la red.
- Después de que nos notifiquen que usted necesita atención posterior a la estabilización (postestabilización) por parte de un proveedor que no pertenece a la red tras recibir atención de emergencia, comentaremos su afección con el proveedor que no pertenece a la red. Si decidimos que usted necesita 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 asociados.
- Atención de una institución religiosa no médica de cuidado de salud descrita en la Sección 6 de este capítulo.
- Si su proveedor de la red hace una referencia escrita o electrónica para una evaluación de un trasplante, el comité asesor regional de trasplantes de Medical Group o la junta o conferencia de caso (si existe) autorizará la referencia si determina que usted es un candidato potencial para el trasplante de órganos y el servicio está cubierto de acuerdo con las pautas de Medicare. Si no existiera una junta o comité de trasplantes, el Medical Group lo referirá a uno o más médicos de un centro de trasplantes, y el Medical Group autorizará los servicios si los médicos del centro de trasplantes determinan que son necesarios desde el punto de vista médico o tienen cobertura de acuerdo con las pautas de Medicare. Nota: Un médico de la red puede brindar o autorizar un trasplante de córnea sin seguir este procedimiento de autorización de trasplantes del Medical Group.

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

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

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar en el transcurso del año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud del comportamiento deja nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
  - Si cualquiera de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si se le asigna el proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los ha consultado en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir atención continua.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento o terapias médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que continúe el tratamiento o las terapias necesarios desde el punto de vista médico que está recibiendo y trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto necesario desde el punto médico fuera de nuestra red de proveedores, pero con costos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. La persona designada por el Medical Group autorizará los servicios si determina que los servicios cubiertos son necesarios desde el punto de vista médico y no están disponibles por medio de un proveedor de la red. Las referencias a proveedores que no pertenecen a la red serán para un plan de tratamiento específico, que puede incluir una referencia abierta si se requiere atención continua. Especifique la duración de la referencia sin tener que obtener nuestra aprobación adicional. Pregúntele a su proveedor de la red qué servicios se han autorizado si no está seguro. Si el especialista no pertenece a la red quiere que usted continúe recibiendo más atención, asegúrese de que la referencia cubra atención adicional. Si no es así, comuníquese con su proveedor de la red.
- 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.



**41 Capítulo 3: Cómo usar nuestra cobertura del plan para sus servicios médicos**

- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado que reemplace a su proveedor anterior o que su atención no se administra adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la QIO, una queja formal sobre la calidad de la atención a nuestro plan o ambas. Consulte el Capítulo 9.

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

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

- Servicios de emergencia o servicios necesarios con urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y saber a qué nos referimos con servicios de emergencia o servicios necesarios con urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Nosotros o el Medical Group autorizamos una referencia a un proveedor fuera de la red, según se describe en la Sección 2.3 de este capítulo.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de atención de diálisis certificado por Medicare mientras se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio.
- Si visita el área de servicio de otra región de Kaiser Permanente, puede recibir ciertos tipos de atención médica cubiertos de acuerdo con esta *Evidencia de Cobertura* de los proveedores designados en dicha área de servicio. Por favor llame a nuestra línea de atención cuando viaja al 1-951-268-3900 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto días festivos), o visite nuestro sitio web en [kp.org/travel](http://kp.org/travel) para obtener más información sobre cómo recibir atención cuando visite el área de servicio de otras regiones de Kaiser Permanente, incluida información de cobertura y ubicaciones de los centros de atención. Kaiser Permanente se encuentra en California, Distrito de Columbia, Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia y Washington. **Nota:** Nuestra línea de atención cuando viaja también puede responder a preguntas sobre los servicios de atención de urgencia o emergencia cubiertos que recibe fuera de la red, incluido cómo obtener el reembolso.

---

## **SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención, o durante una catástrofe**

---

**Sección 3.1 Cómo recibir atención médica si tiene una emergencia médica****¿Qué es una emergencia médica y qué debo hacer si tengo una?**

Una **emergencia médica** es una situación en la que usted u otra persona prudente sin experiencia profesional, pero con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si cursa un embarazo, la pérdida de un bebé no nacido), la pérdida de una extremidad o de la función de una

extremidad, o la insuficiencia grave de una función del organismo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o vaya al servicio de emergencia u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No es necesario que obtenga una aprobación previa ni una referencia de su PCP. No necesita utilizar un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia con cobertura cuando la necesite, tanto dentro como 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, en general, dentro de un plazo de 48 horas, para informarnos sobre la atención de emergencia. Encontrará el número al que debe llamar en el dorso de la tarjeta de membresía del plan.

### ¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Cubrimos los servicios de ambulancia en los casos en que el traslado a la sala de emergencias por cualquier otro medio puede poner en riesgo su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Los médicos que le proporcionen la atención de emergencia determinarán en qué momento su situación es estable y cuándo termina la emergencia médica.

Nos asociaremos con los médicos que le brinden la atención de emergencia para ayudar a coordinar su atención y darle seguimiento. Después de ese momento, tiene derecho a acceder a la atención de seguimiento para asegurarse de que su condición continúe siendo estable. Sus médicos continuarán tratándole hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes sobre atención adicional. Cubriremos la atención de postestabilización de seguimiento, según las pautas de Medicare. Es muy importante que su proveedor nos llame para obtener una autorización para atención de postestabilización antes de que usted reciba la atención del proveedor que no pertenece a la red. En la mayoría de los casos, solo deberá hacerse cargo de los gastos si recibe una notificación nuestra o del proveedor fuera de la red sobre su posible responsabilidad.

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

### ¿Qué 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, siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

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

- Acude con 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 tenga una necesidad urgente de servicios**

### ¿Qué son los servicios necesarios con urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o no sea razonable debido a su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red con quienes nuestro plan tiene contratos. Ejemplos de servicios de urgencia que son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina a proveedores médicamente necesarias, tal como los exámenes médicos anuales, no se consideran de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red del plan no se encuentra disponible temporalmente.

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

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

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

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

**Sección 3.3      Cómo obtener atención durante un desastre**

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

Visite el siguiente sitio web: [kp.org](http://kp.org) para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

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

---

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

---

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

Para informarse sobre qué hacer en caso de que haya pagado más del costo compartido del plan por los servicios cubiertos o de que haya recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

**Sección 4.2      ¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?**

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

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

**Nota:** Si un servicio no está cubierto por nuestro plan, es posible que lo cubra Medi-Cal (Medicaid). Comuníquese con su plan de salud Medi-Cal (Medicaid) para obtener información sobre si el servicio está cubierto por Medi-Cal (Medicaid) y cómo obtener los servicios.

---

## **SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?**

---

<b>Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?</b>
---

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

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

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

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos u obtener nuestra aprobación ni la del PCP. *No* es necesario que los proveedores que lo atienden como parte del estudio de investigación clínica formen parte de nuestra red de proveedores. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable y que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en determinaciones de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (national coverage determinations requiring coverage with evidence development, NCD-CED) y exención para dispositivos en investigación (investigational device exemption, IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Aunque no necesita nuestra autorización para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los inscritos de Medicare Advantage por Original Medicare, le alentamos a informarnos con antelación cuando decida participar en ensayos clínicos aprobados por Medicare.

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

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

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

- habitación y alimentación durante la hospitalización, que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones asociados al nuevo tipo de atención.

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

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

Si usted participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes servicios:**

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

**¿Desea obtener más información?**

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

---

## **SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención cubierta en una institución religiosa no médica de cuidado de salud**

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>¿Qué es una institución religiosa no médica de cuidado de salud?</b>
--------------------	---

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

<b>Sección 6.2</b>	<b>Recibir atención de una institución religiosa no médica de cuidado de salud</b>
--------------------	--

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

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

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

- El centro que proporciona la atención debe tener la certificación de Medicare.
- Nuestra cobertura de servicios que recibe se limita a aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si usted recibe servicios de este tipo de instituciones en un centro de atención, aplican las siguientes condiciones:

- Debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención para pacientes hospitalizados o de atención en un centro de enfermería especializada.
- – y – debe obtener la aprobación con antelación de nuestro plan antes de que ingrese en el centro de atención, o no se cubrirá su estancia.

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

---

## **SECCIÓN 7 Reglas para obtener la propiedad del equipo médico duradero**

---

<b>Sección 7.1 ¿Será dueño del equipo médico duradero después de que realice una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan?</b>
--

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

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

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

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

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

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



**Sección 7.2      Reglas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento****¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?**

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

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

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

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

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

## **Capítulo 4. Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

### **Sección 1 Descripción de los gastos de bolsillo por servicios cubiertos**

En este capítulo se incluye un Cuadro de Beneficios Médicos que enumera los servicios cubiertos y los montos que debe pagar por cada uno como miembro de nuestro plan. Más adelante en este capítulo, podrá encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos y los límites que se aplican a ciertos servicios. También se explican los límites que se aplican a ciertos servicios. Además, puede consultar los Capítulos 3, 11 y 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).

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

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

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

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

**Nota:** Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos miembros llegan a alcanzar este gasto máximo de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para satisfacer el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Como usted está inscrito en un plan de Medicare Advantage, existe un límite en el monto de los gastos de bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP) para servicios médicos. Para año calendario 2025, este monto es **\$9,350** para miembros del plan North P4 y **\$3,400** para miembros del plan South P5.

**51 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

Los montos que paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos de la red se toman en cuenta para este monto máximo de gastos de bolsillo. Los montos que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D no se toman en cuenta para el monto de gastos máximos de bolsillo. Además, los montos que usted pague por algunos servicios no se toman en cuenta para el monto del gasto máximo de bolsillo. Estos servicios se marcan con dos asteriscos (\*\*) en el Cuadro de Beneficios Médicos. Si alcanza el monto de los gastos máximos de bolsillo de **\$9,350** para los miembros del plan North P4 y de **\$3,400** para los miembros del plan South P5, no tendrá que pagar ningún otro costo de su bolsillo durante el resto del año correspondiente a los servicios cubiertos dentro de la red de las Partes A y B. Sin embargo, deberá seguir pagando las primas de Medicare Parte B (a menos que esta última sea pagada por Medicaid o por algún otro tercero).

---

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


---


<b>Sección 2.1 Sus beneficios médicos y los costos como miembro de nuestro plan</b>
---

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

- Los servicios cubiertos por Medicare deben prestarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (entre ellos, la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser necesarios desde el punto de vista médico. Necesario desde el punto de vista médico significa que los servicios, artículos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos inscritos, su plan MA de atención coordinada debe proporcionar un período mínimo de transición de 90 días, tiempo durante el cual el nuevo plan MA no podrá requerir autorización previa para ningún ciclo de tratamiento activo, incluso si el tratamiento activo era para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe la atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de urgencia o emergencia o a menos que su plan o un proveedor de la red le hayan dado una referencia. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados.
- Tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que le proporciona atención médica y la supervisa. En la mayoría de los casos, el PCP debe darle una aprobación con antelación antes de que pueda acudir con otros proveedores de la red de nuestro plan. A esto se le llama darle una referencia.

- Algunos de los servicios que se incluyen en el Cuadro de Beneficios Médicos tienen cobertura *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación con antelación (a veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación con antelación están marcados en el Cuadro de Beneficios Médicos con una nota al pie de página (†). Además, puede consultar la Sección 2.3 del Capítulo 3 para obtener más información sobre las autorizaciones previas, incluidos los servicios que requieren autorización previa y que no se incluyen en el Cuadro de Beneficios Médicos.
- Si su plan de atención coordinada aprueba una solicitud de autorización previa para un ciclo de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención, de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Otros datos importantes de nuestra cobertura que debe conocer:


- Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre atención médica y medicamentos de venta con receta. Medicaid cubre el costo compartido por servicios de Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2025*. Consúltelo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare también están cubiertos por nosotros sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o supervisión para una condición médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un costo compartido a la atención recibida para la condición médica existente.
  -  Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en el Cuadro de Beneficios Médicos.
- Si Medicare agrega la cobertura de algún servicio nuevo durante 2025, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Si se encuentra en el período de 4 meses de nuestro plan de elegibilidad continuada, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos del plan de Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, deberá consultar con Medicaid, si Medicaid cubrirá los servicios sin cobertura por nuestro plan. Además, el costo compartido de medicamentos de la Parte D que nos paga puede variar. El monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este periodo.

**53 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

Usted no paga nada por los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos, siempre y cuando reúna los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Para ver un resumen de los beneficios y costos compartidos de Medi-Cal (Medicaid), consulte el “Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid” al final del Cuadro de Beneficios Médicos. Comuníquese con su agencia de Medi-Cal (Medicaid) para determinar su nivel de costo compartido por medio de Medi-Cal (Medicaid).

**Cuadro de Beneficios Médicos**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
 <p><b>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</b></p> <p>Una ecografía de detección única para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una referencia para ella de un médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o enfermero clínico.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p><b>Acupuntura para el dolor crónico de la parte baja de la espalda†</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A efectos de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dura 12 semanas o más;</li> <li>• no específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);</li> <li>• no está asociado a una cirugía;</li> <li>• y no está asociado con el embarazo.</li> </ul> <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o si presenta regresión.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (según se define en 1861[r] [1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p>	<p><b>\$0</b></p>

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




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

**55 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p>Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifican en 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una maestría o un doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y,</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por las regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>	
<p><b>La acupuntura no está cubierta por Medicare†</b></p> <p>Por lo general, la acupuntura se proporciona solo para el tratamiento de las náuseas o como parte de un programa para el control del dolor para el tratamiento del dolor crónico.</p>	<b>\$0</b>
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <p>Los servicios cubiertos de ambulancia, ya sean para una situación 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 solo 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, debe documentarse que la afección del miembro es de tal magnitud que otros medios de transporte pueden poner en peligro su salud, y que el traslado en ambulancia es necesario desde el punto de vista médico.</p>	<p>Si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0. De lo contrario, usted paga lo siguiente por cada viaje sencillo, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$325</b> para miembros del plan North P4.</li> <li>• <b>\$50</b> para miembros del plan South P5.</li> </ul>

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

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




<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p>También cubrimos servicios de una ambulancia autorizada en cualquier parte del mundo sin autorización previa (incluso el transporte a través del sistema de respuesta a emergencias 911 donde esté disponible) si cree razonablemente que tiene una condición médica de emergencia y cree razonablemente que su condición necesita la asistencia clínica de servicios de transporte en ambulancia.</p>	
<p> <b>Exámenes físicos de rutina anuales</b></p> <p>Los exámenes físicos de rutina están cubiertos si el examen es de atención preventiva apropiada desde el punto de vista médico de acuerdo con las normas de atención profesional generalmente aceptadas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para esta atención preventiva.</p>
<p> <b>Visita para el bienestar anual</b></p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, usted tiene derecho a una visita para el 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><b>Nota:</b> Su primera visita para el bienestar anual puede realizarse en los 12 meses siguientes a su visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de <i>Bienvenida a Medicare</i> para estar cubierto por las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la visita de bienestar anual.</p>
<p> <b>Medición de la masa ósea</b></p> <p>Para las personas calificadas (por lo general, esto incluye a personas con riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con más frecuencia si fuera necesario desde el punto de vista médico: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación médica de los resultados: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad del hueso, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a la densitometría ósea cubierta por Medicare.</p>

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

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





**57 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
 <p><b>Prueba de detección de cáncer de seno (mamografía)</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía de referencia para las mujeres de entre 35 y 39 años.</li> <li>• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años.</li> <li>• Exámenes físicos del seno una vez cada 24 meses.</li> </ul>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con determinadas condiciones y cuentan con la orden de un médico. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que habitualmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p><b>\$0</b></p>
 <p><b>Consulta para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)</b></p> <p>Cubrimos una visita al año con su médico de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede hablarle (si corresponde) sobre el uso de aspirina, revisar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo saludablemente.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para las enfermedades cardiovasculares.</p>
 <p><b>Pruebas de enfermedades cardiovasculares</b></p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías relacionadas con un riesgo elevado de padecer enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren cada 5 años.</p>

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

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

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
 <p><b>Prueba de detección de cáncer cervicouterino y vaginal</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes ginecológicos están cubiertos una vez cada 24 meses.</li> <li>• Si tiene un alto riesgo de cáncer cervicouterino o vaginal, o está en edad de tener hijos y ha tenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.</li> </ul>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los exámenes pélvicos y las pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos solamente la manipulación de la columna vertebral para corregir la subluxación. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Para los miembros del plan South P5, estos servicios cubiertos por Medicare son proporcionados por un quiropráctico de la red. Para obtener la lista de quiroprácticos de la red, consulte el <i>Directorio de Proveedores</i>.</li> <li>○ Para los miembros del plan North P4, estos servicios cubiertos por Medicare son proporcionados por un proveedor de la red o un quiropráctico si un proveedor de la red lo autoriza. Para obtener la lista de proveedores de la red, consulte el <i>Directorio de Proveedores</i>.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>
 <p><b>Prueba de detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>Las siguientes pruebas de detección están cubiertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa 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 previa o enema de bario.</li> </ul>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de cáncer colorrectal cubiertas por Medicare, excepto los enemas de bario, para el cual aplica coseguro.</p>

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



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

**59 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente se sometió a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.</li> <li>• Pruebas de detección de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.</li> <li>• ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.</li> <li>• Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.</li> <li>• Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección.</li> <li>• Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección.</li> </ul> <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de obtener un resultado positivo en un análisis de heces no invasivo, cubierto por Medicare, para detectar cáncer colorrectal.</p>	<p>Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en un examen de diagnóstico y usted paga <b>\$0</b>.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos realizados durante una colonoscopia de detección (por ejemplo, la extirpación de pólipos).</li> <li>• Las colonoscopias después de una prueba gFOBT o FIT positiva o una prueba de detección de sigmoidoscopia flexible.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

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


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

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
 <p><b>Prueba de detección de la depresión</b></p> <p>Cubrimos una prueba de detección de la depresión al año. La prueba de detección debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referencias.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la visita anual de detección de la depresión.</p>
 <p><b>Prueba de detección de diabetes</b></p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (que incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de azúcar en sangre anormal (glucosa). Las pruebas también se pueden cubrir si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y contar con antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p><b>Suministros y servicios para el diabético, y capacitación para el autocontrol de la diabetes</b></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"> <li>• † Suministros para monitorear su glucosa en la sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas para medir el nivel de glucosa en la sangre, dispositivos de lancetas y lancetas y soluciones de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras reactivas y monitores.</li> <li>• † Para personas con diabetes que tienen la enfermedad grave del pie diabético: un par de zapatos terapéuticos moldeados a su medida por año calendario (incluidas las plantillas correspondientes) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (además de las plantillas extraíbles no personalizadas que vienen con los zapatos). La cobertura incluye el ajuste.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

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

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

**61 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•  La capacitación para el autocontrol de la diabetes tiene cobertura solo si se cumplen ciertas condiciones.</li> <li>• <b>Importante:</b> Puede elegir recibir capacitación sobre cómo autocontrolar su diabetes a través de un programa que no pertenece a nuestro plan y que es reconocido por la Asociación Americana de Diabetes (American Diabetes Association) y aprobado por Medicare.</li> </ul>	
<p><b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados†</b></p> <p>(Para conocer la definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 así como la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento).</p> <p>Los artículos con cobertura incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para personas con diabetes, camas de hospital que ordena un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosas, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME necesario desde el punto de vista médico cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor que está ubicado en su área no tiene productos de una marca o de un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en <a href="http://kp.org/directory">kp.org/directory</a>.</p> <p>También cubrimos el siguiente DME sin cobertura de Medicare cuando sea necesario desde el punto de vista médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accesorios para la extensión de la cama de hospital, si es necesario.</li> </ul>	<p>Si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga <b>\$0</b>. De lo contrario, usted paga un <b>coseguro del 20 %</b>, excepto que para medidores de flujo máximo y equipos de terapia con luz ultravioleta paga <b>\$0</b>.</p> <p><b>Equipos de oxígeno</b></p> <p>Si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga <b>\$0</b>. De lo contrario, su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es el coseguro del 20 %, cada vez que recibe el equipo.</p> <p>Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.</p>

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

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

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protectores para el talón o el codo para evitar o minimizar el uso de equipos avanzados de alivio de presión.</li> <li>• Dispositivo de iontoforesis para tratar la hiperhidrosis cuando los antitranspirantes están contraindicados y la hiperhidrosis ha generado complicaciones médicas (por ejemplo, una infección cutánea) o impide la realización de actividades de la vida diaria.</li> <li>• Bolsa de resucitación si el paciente con traqueostomía tiene problemas significativos de manejo de secreciones y que necesita una técnica de lavado y succión con ayuda de respiración profunda a través de la bolsa de resucitación.</li> <li>• Equipo de terapia con luz ultravioleta para afecciones distintas a la psoriasis según sea médicamente necesario para uso doméstico, si (1) el equipo fue aprobado para usted por medio del proceso de autorización previa del nuestro plan, como se describe en el Capítulo 3 y (2) el equipo se proporciona dentro de nuestra área de servicio. (La cobertura para el equipo de terapia con luz ultravioleta se limita al equipo estándar que satisfaga de forma adecuada sus necesidades médicas. Nosotros decidimos si se renta o compra el equipo y seleccionamos al proveedor. Cuando el equipo ya no tenga cobertura, deberá devolverlo o pagar el precio justo del mercado por él).</li> </ul>	

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

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

**63 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>La atención de emergencia corresponde a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• proporciona un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y</li> <li>• son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.</li> </ul> <p>Una emergencia médica es una situación en la que usted u otra persona prudente sin experiencia profesional, pero con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si cursa un embarazo, la pérdida de un bebé no nacido), de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios provistos por proveedores que no pertenecen a la red es el mismo que el de los servicios proporcionados por proveedores de la red.</p> <p><b>Tiene cobertura para atención de emergencia en todo el mundo.</b></p>	<p>Si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga <b>\$0</b>. De lo contrario, debe pagar lo siguiente por visita al Departamento de Emergencias, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$110</b> para miembros del plan North P4.</li> <li>• <b>\$0</b> para miembros del plan South P5.</li> </ul> <p>† Si recibe atención de emergencia en un hospital que está fuera de la red y necesita atención para paciente hospitalizado 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 paciente hospitalizado en un hospital que esté fuera de la red; el costo que deberá pagar equivale al costo compartido que se aplicaría si estuviese en un hospital de la red.</p>

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

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


<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p><b>Beneficio de acondicionamiento físico (One Pass™)</b></p> <p>Se proporciona un beneficio de acondicionamiento físico a través del programa One Pass para ayudar a los miembros a tomar el control de su salud y a sentirse mejor. El programa One Pass incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gimnasios centros de acondicionamiento físico: Recibe una membresía con acceso a una amplia variedad de gimnasios dentro de la red a través de la red central y prémium. Los centros de acondicionamiento físico incluyen centros de acondicionamiento físico y estudios boutique nacionales, locales y comunitarios. Puede usar cualquier centro de la red y puede usar varios centros de acondicionamiento físico durante el mismo mes.</li> <li>• Acondicionamiento físico en línea: Tiene acceso a clases digitales de acondicionamiento físico en vivo y a entrenamientos a pedido a través de la aplicación móvil o el sitio web para miembros de One Pass.</li> <li>• Actividades sociales y de acondicionamiento físico: También tiene acceso a grupos, clubes y eventos sociales a través del sitio web para miembros de One Pass.</li> <li>• Kits de acondicionamiento físico en el hogar: Si prefiere hacer ejercicio en casa, también puede escoger un kit de acondicionamiento físico en el hogar para fuerza, yoga o baile. Los kits están sujetos a cambios y una vez seleccionados no se pueden cambiar.</li> <li>• Salud del cerebro: acceso a programas en línea de rehabilitación cognitiva para la salud del cerebro.</li> </ul> <p>Para obtener más información sobre los gimnasios y los centros de acondicionamiento físico participantes o los beneficios del programa, o para configurar su cuenta en línea, visite <a href="http://www.YourOnePass.com">www.YourOnePass.com</a> o llame al 1-877-614-0618 (TTY 711), de lunes a viernes, de 6 a. m. a 7 p. m.</p>	<p><b>\$0</b></p>

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

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




**65 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p>No se cubre lo siguiente: Servicios adicionales (tal como entrenamiento personal, clases grupales de acondicionamiento físico por una tarifa, horario de acceso ampliado o clases adicionales fuera de la oferta de membresía estándar).</p> <p>One Pass® es una marca registrada de Optum, Inc. en los EE. UU. y otras jurisdicciones, y es un programa voluntario. El programa y los artículos One Pass varían según el plan, el área y la ubicación. La información provista por este programa es para fines informativos generales únicamente y no está destinada para consejo médico ni debe considerarse como tal. One Pass no es responsable por los servicios o la información provista por terceros. Los individuos deben consultar a un profesional de atención médica antes de comenzar cualquier programa de ejercicios o determinar lo que pueda ser adecuado para ellos.</p>	
<p> <b>Programas de educación de salud y el bienestar</b></p> <p>Como parte de nuestros programas para un estilo de vida saludable, nuestro plan cubre una cantidad de clases grupales de educación para la salud que incluyen: corazón sano (healthy heart), vivir con condiciones crónicas y depresión (living with chronic conditions and depression). Los programas para un estilo de vida saludable se brindan a través de un educador en salud certificado u otros profesionales de la salud calificados.</p> <p>Con el fin de ayudarle a que participe activamente en la protección y el mejoramiento de su salud, también cubrimos varios tipos de asesoramiento, programas y materiales sobre educación para la salud, incluidos programas para controlar condiciones crónicas (como la diabetes y el asma). También puede participar en programas que no cubrimos, pero es posible que deba pagar una tarifa.</p>	<b>\$0</b>

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

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

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p>Para obtener más información sobre nuestro asesoramiento, programas y materiales de educación para la salud, comuníquese con el Departamento de Educación para la Salud local, llame a Servicio a los Miembros o visite nuestro sitio web <a href="http://kp.org/classes">kp.org/classes</a>.</p>	
<p><b>Servicios para la audición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>	<b>\$0</b>
<p> <b>Prueba de detección del VIH</b></p> <p>En personas que solicitan una prueba de detección del VIH o en riesgo alto de tener infección por VIH, cubriremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Una prueba de detección cada 12 meses.</li> <li>En el caso de las mujeres embarazadas, cubriremos hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.</li> </ul>	<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>
<p><b>Cuidados de una agencia de atención de salud domiciliaria</b></p> <p>Antes de recibir servicios de salud domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita recibir los servicios de salud domiciliaria y solicitará dichos servicios a una agencia de atención de salud domiciliaria. Debe ser una persona confinada en casa, lo cual significa que salir de casa implica un esfuerzo importante.</p>	<p style="text-align: center;"><b>\$0</b></p> <p><b>Nota:</b> No existe costo compartido por servicios de atención médica a domicilio y artículos proporcionados de acuerdo con las pautas de Medicare. Sin embargo, se aplicarán el costo compartido correspondiente mencionado en este Cuadro de beneficios médicos si el artículo tiene cobertura bajo otro beneficio; por ejemplo, equipo médico duradero no proporcionado por una agencia de atención médica a domicilio.</p>

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

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

**67 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de medio tiempo o intermitentes de enfermería especializada y auxiliares de salud a domicilio (para que los cubra el beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y auxiliares de salud a domicilio deben sumar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana).</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.</li> <li>• Servicios médicos y sociales.</li> <li>• Equipo y suministros médicos.</li> </ul>	
<p><b>Terapia de infusión en el hogar†</b></p> <p>La terapia de infusiones en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención.</li> <li>• Capacitación y educación para el paciente que no están cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero.</li> <li>• Monitoreo remoto.</li> <li>• 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.</li> </ul>	<p><b>\$0</b> para servicios profesionales, capacitación y seguimiento. Los componentes (como medicamentos de Medicare Parte B, DME y suministros médicos) necesarios para realizar una infusión en el hogar pueden estar sujetos a los costos compartidos correspondientes que se enumeran en otra parte de este Cuadro de Beneficios Médicos, según el artículo.</p>

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

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

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p>Cubrimos los suministros y medicamentos de infusiones en el hogar si se cumplen las condiciones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El medicamento recetado está en la lista de medicamentos cubiertos de Medicare Parte D.</li> <li>• Aprobamos el medicamento recetado para la terapia de infusiones en el hogar.</li> <li>• Tiene una receta de un proveedor de la red y la surte en una farmacia de la red de medicamentos para infusiones en el hogar.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p><b>Nota:</b> Si un suministro o medicamento para infusión en el hogar no lo surte una farmacia de la red de infusión para el hogar, el suministro o el medicamento puede estar sujeto a los costos compartidos correspondientes mencionados en este documento según el servicio.</p>
<p><b>Cuidados paliativos</b></p> <p>Reúne los requisitos para obtener el beneficio de cuidados paliativos cuando el médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal certificando que tiene una enfermedad terminal y le quedan seis meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Podrá recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización MA posea, controle o en los que tenga un interés financiero. El médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de ella.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor.</li> <li>• Atención de relevo a corto plazo.</li> <li>• Atención a domicilio.</li> </ul>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Original Medicare, no nuestro plan.</p>

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


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

**69 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p><b>** Servicios de cuidados paliativos y servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y se relacionan con su pronóstico terminal:</b> Original Medicare (no nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos los servicios de cuidados paliativos relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en un programa de cuidados paliativos, su proveedor de estos cuidados facturará a Original Medicare los servicios que cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p> <p><b>Servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y no se relacionan con su pronóstico terminal:</b> Si requiere servicios que no son de emergencia y no se necesitan con urgencia y que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y no se relacionan con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios dependerá de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y cumple con las reglas del plan (tal como si existe un requisito de obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y cumple con las reglas del plan para la obtención del servicio, solo debe pagar el monto del costo compartido de nuestro plan para los servicios de la red.</li> <li>• * Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red, debe pagar el costo compartido según Medicare de pago por servicio (Original Medicare).</li> </ul> <p><b>Servicios que están cubiertos por nuestro plan pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B:</b> Seguiremos cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos bajo la Parte A o la Parte B sin importar si se relacionan o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p><b>En el caso de medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan:</b> Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal, pagará el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal, pagará el costo compartido de Original Medicare. Los</p>	

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

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

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p>medicamentos nunca tienen cobertura del centro de cuidados paliativos y de nuestro plan al mismo tiempo. Consulte más información en la Sección 9.3 del Capítulo 5, “¿Qué ocurre si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?”.</p> <p><b>Nota:</b> Si necesita cuidados que no sean paliativos (atención que no se relaciona con su pronóstico terminal), debe contactarse con nosotros para que coordinemos los servicios.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos servicios de asesoría sobre cuidados paliativos (solo en una ocasión) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.</li> </ul>	<b>\$0</b>
<p> <b>Vacunas</b></p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacunas contra la neumonía.</li> <li>• Vacunas contra la gripe, vacunas contra la influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe/influenza adicionales si son necesarias desde el punto de vista médico.</li> <li>• Vacunas contra la hepatitis B, si tiene un riesgo de intermedio a alto de contraer hepatitis B.</li> <li>• Vacunas contra el COVID-19.</li> <li>• Otras vacunas si está en situación de riesgo y cumplen las reglas de cobertura de Medicare Parte B.</li> </ul> <p>También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos de acuerdo con nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte la Sección 7 del Capítulo 6 para obtener información adicional.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la gripe/influenza, la hepatitis B y el COVID-19.</p>

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

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

**71 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p><b>Atención para pacientes hospitalizados</b></p> <p>Incluye atención de problemas médicos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en el que se lo admite formalmente en el hospital por pedido de un médico. El día antes de que se le dé de alta es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>No hay un límite en la cantidad de días o servicios hospitalarios necesarios desde el punto de vista médico proporcionados normalmente por hospitales generales de atención aguda. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o privada, si es necesario desde el punto de vista médico).</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales.</li> <li>• Servicios normales de enfermería.</li> <li>• El costo de unidades especiales de atención (tales como las unidades de cuidados intensivos o de terapia coronaria).</li> <li>• Fármacos y medicamentos.</li> <li>• Análisis de laboratorio.</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología.</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.</li> <li>• Uso de aparatos, como una silla de ruedas.</li> <li>• Costos de uso del quirófano y de la sala de recuperación.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.</li> <li>• Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios*
<ul style="list-style-type: none"> <li>• †Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos (se requiere autorización previa para los miembros de North P4): córnea, riñón, renopancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón o pulmón, médula ósea, células madre e intestinal o multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los trámites para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare evalúe su caso y decida si es un candidato adecuado. Los proveedores del trasplante pueden ser locales o de fuera del área de servicio. Si los servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir acudir a un centro en su área, siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si proporcionamos servicios de trasplante en una ubicación distante, fuera del área de atención de trasplantes en su comunidad y elige obtener trasplantes en esta ubicación distante, organizaremos o pagaremos sus costos de alojamiento y de transporte adecuados y un acompañante, de acuerdo con nuestras pautas de viajes y alojamiento, que están disponibles en Servicio a los Miembros.</li> <li>• Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración.</li> <li>• Servicios de un médico.</li> </ul>	
<p><b>Nota:</b> Para ser un paciente interno, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como un paciente interno del hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún pueda considerarse un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare titulada <i>¿Es Usted un Paciente Hospitalizado o Ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en el sitio web <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin costo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	

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

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





**73 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p><b>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.</p>	<b>\$0</b>
<p><b>Hospitalización de pacientes: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una hospitalización no cubierta†</b></p> <p>Si ya ha agotado sus beneficios de centro de enfermería especializada (SNF) o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no le ofreceremos cobertura para 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, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de un médico.</li> <li>• Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio).</li> <li>• Radiación y terapia de isótopos, incluidos los materiales y servicios técnicos.</li> <li>• Vendajes quirúrgicos.</li> <li>• Férulas, yesos y otros aparatos usados para curar fracturas y luxaciones.</li> <li>• Aparatos protésicos u ortésicos (que no sean dentales) que reemplacen parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que sea inoperante o disfuncional permanentemente, incluidos el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos.</li> <li>• 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).</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.</li> </ul>	<b>\$0</b>

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

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

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
 <p><b>Terapia médica nutricional</b></p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (de los riñones) (pero que no reciban diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando lo ordene el médico.</p> <p>Ofrecemos cobertura de 3 horas de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba los servicios de terapia nutricional médica de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare) y posteriormente, 2 horas por año. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, podrá recibir más horas de tratamiento mediante un pedido del médico. Un médico debe prescribir estos servicios y renovar el pedido cada año en caso de que necesite este tratamiento en el siguiente año calendario.</p>	<p>No se cobra ningún coseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles para los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p>
<p>También cubrimos asesoramiento nutricional/dietético con un proveedor de la red que no esté relacionado con la diabetes o enfermedad renal en fase terminal (ESRD).</p>	<p><b>\$0</b></p>
 <p><b>Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</b></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 de comportamiento de salud que proporciona capacitación práctica sobre cambios alimentarios a largo plazo, aumento en la actividad física y estrategias de solución de problemas para superar los desafíos relacionados con el mantenimiento de la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.</p>

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

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

**75 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p><b>Medicare Part B prescription drugs†</b></p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros del plan reciben cobertura para estos medicamentos por medio de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los medicamentos que tome mientras usa el equipo médico duradero (como los nebulizadores) que hayan sido autorizados por nuestro plan.</li> <li>• Factores de coagulación que se administre usted mismo por medio de inyección, si padece hemofilia.</li> <li>• El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento.</li> <li>• Trasplante/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento farmacológico para trasplante si Medicare pagó por el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento de recibir el trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

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


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

- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por boca si el mismo medicamento está disponible como inyectable o el medicamento es un profármaco (una forma oral que, cuando se lo ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que los nuevos medicamentos orales contra el cáncer estén disponibles, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre.
- Inmunoglobulina Intravenosa para el tratamiento en casa de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria.
- Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si son administrados antes de la quimioterapia, durante la quimioterapia o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o se usan como un reemplazo terapéutico completo para un medicamento intravenoso contra las náuseas.
- Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en fase terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible como inyección y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre.
- Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®.
- 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.
- Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina necesaria desde el punto médico).
- Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento.

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

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

**77 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.</li> <li>• Ciertos medicamentos para hacerse diálisis en el hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos.</li> <li>• Agentes estimulante de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si tiene enfermedad renal en fase terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones determinadas (tal como Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa).</li> <li>• Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y parenteral).</li> </ul>	
<p><b>Nota:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• También cubrimos algunas vacunas de acuerdo con nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos de acuerdo con nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</li> <li>• En el Capítulo 5 se explica el beneficio de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que se cubran las recetas médicas. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D por medio de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</li> </ul>	
 <p><b>Prueba de detección y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida</b></p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, le ofrecemos cobertura para el asesoramiento intensivo con el fin de ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento tiene cobertura si lo recibe en un centro de atención médica primaria en el que pueda coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección preventivas y el tratamiento de la obesidad.</p>

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

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

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p><b>Servicios del programa de tratamiento de opioides†</b></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 Programa de Tratamiento con Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medicamentos agonistas y tratamiento asistido con medicamentos antagonistas (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU.</li> <li>• Dispensación y administración de los medicamentos MAT (si corresponde).</li> <li>• Asesoramiento de trastorno por abuso de sustancias.</li> <li>• Terapia individual y grupal.</li> <li>• Pruebas de toxicología.</li> <li>• Actividades de consumo.</li> <li>• Evaluaciones periódicas.</li> </ul>	<b>\$0</b>
<p><b>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, y servicios y suministros terapéuticos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rayos X.</li> <li>• Ecografías.</li> <li>• Análisis de laboratorio.</li> <li>• Electrocardiogramas (EKG), monitoreo con Holter y electroencefalogramas (EEG).</li> <li>• Estudios del sueño.</li> <li>• Radiación y terapia de isótopos, incluidos los materiales y suministros del técnico.</li> <li>• Suministros quirúrgicos, como vendajes.</li> <li>• férulas, yesos y otros aparatos usados para curar fracturas y luxaciones.</li> <li>• Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración.</li> </ul>	<b>\$0</b>

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

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

**79 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografías computarizadas (TC) y tomografías por emisión de positrones (TEP).</li> </ul> </li> <li>• 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.</li> </ul>	
<p><b>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios†</b></p> <p>Los servicios de observación son servicios que se proporcionan al paciente ambulatorio para determinar si debe ser ingresado al hospital como paciente hospitalizado o si puede recibir el alta hospitalaria.</p> <p>Para que se cubran los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, deben cumplirse los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren solo cuando los ordena un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar exámenes ambulatorios.</p> <p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya emitido una orden de hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga el costo compartido de los servicios del hospital para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún pueda considerarse un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si lo consideran paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p>	<p>Si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0. De lo contrario, cuando lo hospitalizan directamente para observación como paciente ambulatorio, usted paga lo siguiente por estadía, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$110</b> para miembros del plan North P4.</li> <li>• <b>\$0</b> para miembros del plan South P5.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> No hay cargos adicionales para las estadías de observación para pacientes ambulatorios cuando lo transfieren a observación desde un Departamento de Emergencias o tras una cirugía ambulatoria.</p>

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

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

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p>Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare titulada <i>¿Es Usted un Paciente Hospitalizado o Ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en el sitio web <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin costo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes externos</b></p> <p>Ofrecemos cobertura para los servicios necesarios desde el punto de vista médico que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o una lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria.</li> </ul>	<p><b>Departamento de Emergencias</b></p> <p>Si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga <b>\$0</b>. De lo contrario, debe pagar lo siguiente por visita al Departamento de Emergencias, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$110</b> para miembros del plan North P4.</li> <li>• <b>\$0</b> para miembros del plan South P5.</li> </ul> <p><b>Cirugía para pacientes externos (ambulatoria)</b></p> <p><b>\$0</b></p> <p>Consulte la sección “Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios” de este Cuadro de Beneficios Médicos para conocer los costos compartidos correspondientes a los servicios de observación.</p>

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

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



**81 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de laboratorio facturadas por el hospital.</li> <li>• Pruebas de diagnóstico facturadas por el hospital.</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.</li> <li>• 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.</li> <li>• Suministros médicos, como férulas y yesos.</li> <li>• Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse.</li> </ul>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para los procedimientos dentales que se realizan en un centro de la red, ofrecemos anestesia general y los servicios del centro de atención asociados con la anestesia si se cumplen todas las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene una incapacidad del desarrollo o su salud se ve comprometida.</li> <li>○ Debido su estado de salud o afección médica subyacente, el procedimiento dental debe realizarse en un hospital o centro de cirugía ambulatoria.</li> <li>○ En circunstancias normales, el procedimiento dental no requeriría el uso de anestesia general.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Consulte la sección “Cirugía para pacientes externos (ambulatoria)” de este Cuadro de Beneficios Médicos para conocer los costos compartidos aplicables de los cargos de anestesia y de centros de atención hospitalaria para pacientes ambulatorios.</p>
<p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya emitido una orden de hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga el costo compartido de los servicios del hospital para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún pueda considerarse un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si lo consideran paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare titulada <i>¿Es Usted un Paciente Hospitalizado o Ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en el sitio web <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin costo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	

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

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

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p><b>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), profesional de enfermería avanzada (NP), asistente médico profesional (PA) u otro profesional de atención de la salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables.</li> <li>• Servicios de salud mental en nuestro programa intensivo para pacientes ambulatorios.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</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>Además, ofrecemos cobertura para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisioterapia para prevenir caídas en adultos que tengan un riesgo alto de sufrir caídas, cuando la solicite el médico.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla recibida mediante un programa organizado de rehabilitación multidisciplinaria de tratamiento diurno.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

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

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

**83 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p><b>Tratamiento ambulatorio para el trastorno por abuso de sustancias</b></p> <p>Ofrecemos cobertura para los siguientes servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de tratamiento diurno.</li> <li>• Programas intensivos para pacientes ambulatorios.</li> <li>• Asesoramiento individual y grupal sobre abuso de sustancias por parte de un médico calificado, incluido un terapeuta matrimonial, familiar e infantil.</li> <li>• Tratamiento médico para los síntomas de abstinencia.</li> </ul>	<b>\$0</b>
<p><b>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros para pacientes ambulatorios del hospital y en centros quirúrgicos ambulatorios</b></p> <p><b>Nota:</b> Si lo van a operar en un hospital, debe preguntar a su proveedor si será como paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor haya hecho una orden de hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga el costo compartido de la cirugía para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún pueda considerarse un “paciente ambulatorio”.</p>	<b>\$0</b>
<p><b>Salud y Bienestar de Venta Libre (OTC)</b></p> <p>Cubrimos los artículos que figuran en el catálogo de artículos de venta libre para entrega a domicilio sin costo. Puede pedir artículos de venta libre hasta el límite de beneficio trimestral especificado en la derecha. El valor mínimo de cada pedido debe ser \$25. El pedido no debe exceder el límite del beneficio trimestral. La parte que no se utilice del límite de beneficio trimestral no pasa al siguiente trimestre. (El límite de su beneficio se restablece el 1 de enero, el 1 de abril, el 1 de julio y el 1 de octubre).</p> <p>Para ver nuestro catálogo y hacer un pedido en línea, visite <a href="http://kp.org/otc/ca">kp.org/otc/ca</a>. Puede hacer su pedido por teléfono o puede solicitar que se le envíe un catálogo impreso llamando al 1-833-569-2360 (TTY 711), de 7 a. m. a 5 p. m., hora estándar del Pacífico (PST), de lunes a viernes.</p>	<p>Usted paga <b>\$0</b> hasta el siguiente límite de beneficios trimestral, según el plan en el que esté inscrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$140</b> para miembros del plan North P4.</li> <li>• <b>\$200</b> para miembros del plan South P5.</li> </ul>

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

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

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p><b>Artículos de venta libre (OTC) para reemplazar la nicotina</b></p> <p>Cubrimos ciertas terapias de reemplazo de nicotina aprobadas por la FDA para uso sin receta. Un proveedor de la red debe solicitar estos artículos y dichos artículos se deben obtener en una farmacia de la red. Le proporcionaremos un suministro hasta de 100 días dos veces durante el año calendario.</p>	<b>\$0</b>
<p><b>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos.</b></p> <p><i>Hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona en un centro hospitalario ambulatorio o en un centro de salud mental comunitario. Este programa es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta de matrimonio y familia con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT) o consejero profesional con licencia y es una alternativa a la hospitalización.</p>	<b>\$0</b>
<p>El <i>servicio intensivo para pacientes ambulatorios</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural y que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta de matrimonio y familia con licencia o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	<b>\$0</b>
<p><b>Servicios de un médico o profesional de atención de salud, incluidas las visitas al consultorio del médico.</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica o servicios de cirugía necesarios desde el punto de vista médico que se proporcionan en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro lugar.</li> </ul>	<b>\$0</b>

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

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

**85 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.</li> <li>• Exámenes básicos de audición y equilibrio hechos por un proveedor de la red, si el médico lo indica para verificar si usted necesita tratamiento médico.</li> <li>• Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía.</li> <li>• †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 radiación para una enfermedad neoplásica cancerosa o los servicios que tendrían cobertura si los proporcionara un médico).</li> <li>• Visitas a domicilio por parte un médico de la red (o de un proveedor de la red que sea un enfermero registrado) dentro de nuestra área de servicio cuando la atención se puede proporcionar mejor en su hogar, según lo determine el proveedor de la red.</li> <li>• Visitas pre y posoperatorias.</li> <li>• Consultas por inyecciones para las alergias.</li> <li>• Tratamientos con luz ultravioleta.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinados servicios de telesalud, que incluyen los siguientes: atención primaria y especializada, que incluye servicios hospitalarios para pacientes internos, servicios en un centro de enfermería especializada, servicios de rehabilitación cardíaca, servicios de rehabilitación pulmonar, servicios de emergencia, servicios necesarios con urgencia, servicios de hospitalización parcial, servicios de salud domiciliaria, servicios de terapia ocupacional, salud mental, podología, servicios psiquiátricos, fisioterapia y servicios de patología del habla y lenguaje, servicios de programas de tratamiento con opioides, servicios de radiografía para pacientes ambulatorios, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, servicios de observación, abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, servicios de</li> </ul>	<b>\$0</b>

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

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

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p>diálisis, servicios alimenticios o nutricionales, educación para la salud, servicios de educación sobre enfermedad renal, capacitación sobre cómo autocontrolar su diabetes y exámenes de audición, preparación para una cirugía o una hospitalización, y consultas de seguimiento después de una hospitalización, una cirugía o una consulta al Departamento de Emergencias. Los servicios solo se proporcionarán a través de telesalud cuando el proveedor de la red que preste el servicio lo considere clínicamente apropiado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene la opción de recibir estos servicios por medio de una visita en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red que actualmente ofrece el servicio a través de telesalud. Ofrecemos los siguientes medios de telesalud: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consultas interactivas por video para servicios profesionales cuando se puede proporcionar atención en este formato según lo determine un proveedor de la red.</li> <li>○ Consultas mediante citas telefónicas programadas para servicios profesionales cuando se pueda proporcionar atención en este formato según lo determine un proveedor de la red.</li> </ul> </li> <li>● 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 cuidado crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro.</li> <li>● Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un ataque cerebral, independientemente de su ubicación.</li> <li>● Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por abuso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación.</li> </ul>	

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


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

**87 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los trastornos de salud mental en los siguientes casos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene una consulta en persona en el plazo de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud.</li> <li>○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.</li> <li>○ Se pueden hacer excepciones a los casos anteriores en ciertas circunstancias.</li> </ul> </li> <li>• Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud con Calificación Federal.</li> <li>• Evaluaciones virtuales (por ejemplo, por teléfono o consulta por video) con su médico durante 5 a 10 minutos <b><u>si se cumple lo siguiente:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Que usted no sea un paciente nuevo, y</li> <li>○ Que la evaluación no esté relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días, y</li> <li>○ Que la evaluación no implique una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más próxima disponible.</li> </ul> </li> <li>• Evaluación de video o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas <b><u>si se cumple lo siguiente:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Que usted no sea un paciente nuevo, y</li> <li>○ Que la evaluación no dé lugar a una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más próxima disponible.</li> </ul> </li> <li>• Las consultas que su médico tenga con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica.</li> </ul>	

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

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

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p><b>Servicios de podología</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón de talón).</li> <li>• Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan a las extremidades inferiores.</li> </ul>	<b>\$0</b>
<p> <b>Pruebas de detección del cáncer de próstata</b></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"> <li>• Examen rectal digital.</li> <li>• Prueba del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).</li> </ul>	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la prueba anual de tacto rectal o la prueba del PSA.
<p><b>Aparatos protésicos y ortésicos y suministros relacionados†</b></p> <p>Aparatos (que no sean dentales) que reemplacen completa o parcialmente partes o funciones del cuerpo. Esto incluye, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de los dispositivos protésicos y ortopédicos, así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, abrazaderas, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluido el sostén quirúrgico después de una mastectomía). Se incluyen ciertos suministros relacionados con los aparatos protésicos y ortésicos 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 <b>Cuidado de la visión</b> más adelante en esta sección).</p> <p>También cubrimos los siguientes artículos no cubiertos por Medicare:</p>	<b>\$0</b>

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

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




**89 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciertas botas quirúrgicas después de la cirugía cuando se proporcionan durante una visita ambulatoria.</li> <li>• Dispositivo de erección por vacío para disfunción sexual.</li> <li>• Determinados selladores de piel, protectores, humectantes, ungüentos que son necesarios desde el punto de vista médico para el cuidado de las heridas.</li> </ul>	
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></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>	<b>\$0</b>
<p><b>Tratamiento en entorno residencial de los trastornos por abuso de sustancias y de la salud mental†</b></p> <p>Cubrimos los siguientes servicios cuando se proporcionan en un centro de tratamiento en entorno residencial autorizado que proporciona tratamiento individualizado del trastorno por abuso de sustancias o de salud mental las 24 horas, los servicios son provistos de manera general y habitual en un programa de tratamiento en entorno residencial de salud mental o del trastorno por abuso de sustancias en un centro de tratamiento en entorno residencial autorizado, y los servicios se encuentran en un nivel superior al de la atención de custodia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoramiento individual y en grupo.</li> <li>• Servicios médicos.</li> <li>• Revisión de medicamentos.</li> <li>• Habitación y alimentación.</li> </ul>	<b>\$0</b>

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


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

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos recetados por un proveedor de la red como parte del plan de atención en el centro de tratamiento en entorno residencial, según las pautas de la lista de medicamentos cubiertos, si se los administra el personal médico de ese centro de atención.</li> <li>• Programación del alta hospitalaria.</li> </ul> <p>No hay un límite del número de días necesarios desde el punto de vista médico en nuestro programa de tratamiento en entorno residencial para tratar trastornos de salud mental y de abuso de sustancias cuando lo receta un proveedor de la red.</p>	
 <p><b>Prueba de detección del uso indebido de alcohol y asesoramiento para reducir su uso</b></p> <p>Cubrimos una prueba de detección del consumo indebido de alcohol en adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas), que consumen alcohol de forma indebida sin tener dependencia del alcohol.</p> <p>Si la prueba de detección de uso indebido de alcohol le da un resultado positivo, puede recibir hasta 4 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 por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección y asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol.</p>

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


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

**91 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer del pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</b></p> <p>Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son los siguientes: personas de 50 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes de haber fumado al menos un paquete diario de tabaco durante 20 años y que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para una LDCT durante una visita de asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y toma compartida de decisiones que cumple los requisitos de Medicare para dichas visitas y que está a cargo de un médico o un profesional médico calificado que no es un médico.</p> <p>Para pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT después de la detección mediante LDCT: El miembro debe recibir una orden para la prueba de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier consulta adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional de atención de la salud no médico calificado decide realizar una consulta de asesoramiento sobre detección de cáncer del pulmón y toma compartida de decisiones para las siguientes pruebas de detección de cáncer del pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir con los requisitos de Medicare para dichas consultas.</p>	<p>No se aplican coseguros, copagos ni deducibles a las sesiones de asesoramiento y las visitas para la toma de decisión conjunta cubiertas por Medicare ni la LDCT.</p>

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

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

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p> <b>Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas</b></p> <p>Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para embarazadas y algunas personas que tienen mayor riesgo de contraer una ITS cuando las ordena un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo.</p> <p>Además ofrecemos cobertura para hasta dos sesiones individuales en persona, de 20 a 30 minutos, de asesoramiento conductual de alta intensidad cara a cara por año para adultos sexualmente activos que tienen mayor riesgo de ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las proporciona un 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 por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección de ITS y asesoramiento sobre ITS para prevenirlas.</p>
<p><b>Servicios para tratar las enfermedades renales</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de educación sobre las enfermedades renales para que los miembros conozcan el tema y tomen decisiones informadas acerca de su atención.</li> <li>• Capacitación para la autodiálisis (incluye la capacitación para usted y alguna persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar).</li> <li>• 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).</li> <li>• Análisis de laboratorio de rutina para revisar la eficacia de la diálisis.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

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

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

**93 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una visita de rutina al consultorio al mes con el equipo de nefrología.</li> <li>• Procedimientos de acceso vascular y peritoneal si se realizan en un centro hospitalario ambulatorio y se cumplen determinados criterios.</li> <li>• Visitas al consultorio que no son de rutina con el equipo de nefrología.</li> <li>• Procedimientos de acceso vascular y peritoneal si se realizan en un consultorio médico.</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se lo admite como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial).</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 o cuando el proveedor de este servicio no esté disponible temporalmente o sea inaccesible).</li> <li>• Equipo y suministros para diálisis en el hogar.</li> </ul>	<p>Si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga <b>\$0</b>. De lo contrario, pagará un <b>coseguro del 20 %</b>.</p>
<p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección <i>Medicamentos recetados de Medicare Parte B</i>.</p>	
<p><b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)†</b></p> <p>(Para leer la definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. Este tipo de centros de enfermería especializada a veces se conocen como SNF).</p> <p>Por período de beneficios, cubrimos hasta 100 días de servicios especializados para pacientes hospitalizados en centros de enfermería especializada, de acuerdo con las pautas de Medicare (no se requiere una hospitalización anterior). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>El período 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 período de beneficios finaliza cuando transcurren 60 días calendario seguidos sin que esté internado en un hospital o un SNF.</p>

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


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

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o privada, si es necesario desde el punto de vista médico).</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales.</li> <li>• Servicios de enfermería especializada.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.</li> <li>• Los medicamentos que se le administran como parte del plan de atención (incluidas la sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación).</li> <li>• Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración.</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos que generalmente proporciona un SNF.</li> <li>• Análisis de laboratorio que generalmente proporciona un SNF.</li> <li>• Radiografías y otros servicios radiológicos que generalmente proporciona un SNF.</li> <li>• El uso de aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente proporciona un SNF.</li> <li>• Servicios de un médico o profesional médico.</li> </ul> <p>En general, usted recibirá la atención en un SNF de la red. Sin embargo, según las condiciones que se mencionan a continuación, es posible que usted obtenga atención en un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un centro de adultos mayores o una comunidad de retiro de atención continua en la que usted haya vivido hasta justo antes de que fuera al hospital (siempre y cuando esta proporcione atención de un centro de enfermería especializada).</li> <li>• Un SNF donde vive su cónyuge o pareja doméstica cuando usted deja el hospital.</li> </ul>	

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

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

**95 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p> <b>Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</b></p> <p><b>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</b> Ofrecemos cobertura para dos intentos de dejar el hábito con asesoramiento en un periodo de 12 meses, como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta 4 visitas cara a cara.</p> <p><b>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que pueda ser afectado por el tabaco se le ofrece lo siguiente:</b> Ofrecemos cobertura de los servicios de asesoramiento para dejar el hábito. Cubriremos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento en un periodo de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta 4 visitas cara a cara.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para dejar de fumar y de consumir tabaco.</p>
<p><b>Terapia Supervisada de Ejercicio (Supervised Exercise Therapy, SET)</b></p> <p>La SET está cubierta para los miembros que padecen la enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y tienen una referencia por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones a lo largo de un periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consistir en sesiones que duren de 30 a 60 minutos, que incluyan un programa de ejercicio o entrenamiento terapéutico para la PAD dirigido a los pacientes con claudicación.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

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

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



<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llevarse a cabo en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> La SET podría estar cubierta más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, con otras 36 sesiones durante un periodo prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	
<p><b>Servicios requeridos con urgencia</b></p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio, no sea razonable debido a su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red con quienes nuestro plan tiene contratos. Su plan debe cubrir servicios que se necesitan con urgencia y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia que son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina a proveedores médicamente necesarias, tal como los exámenes médicos anuales, no se consideran de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red del plan no se encuentra disponible temporalmente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dentro de nuestra área de servicio:</b> Debe obtener atención de urgencia de los proveedores de la red, a menos que nuestra red de proveedores no esté disponible o accesible temporalmente debido a una</li> </ul>	<b>\$0</b>

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

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



**97 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<p>circunstancia inusual y extraordinaria (por ejemplo, un desastre mayor).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fuera de nuestra área de servicio:</b> Tiene cobertura para atención urgente en todo el mundo cuando viaja si necesita atención médica inmediata para una enfermedad o lesión imprevista y usted razonablemente creía que su salud se deterioraría si retrasaba el tratamiento hasta regresar a su área de servicio.</li> </ul> <p><b>Consulte más información en la Sección 3 del Capítulo 3.</b></p>	
<p> <b>Cuidado de la visión</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad.</li> <li>• Original Medicare no cubre los exámenes de los ojos de rutina (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto. Sin embargo, nuestro plan incluye los siguientes exámenes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Exámenes de rutina de los ojos (exámenes de refracciones oculares) para determinar si se tiene la necesidad de una corrección visual y para proporcionar recetas médicas para anteojos.</li> </ul> </li> <li>• Pruebas de campo visual.</li> <li>•  Para las personas con un riesgo alto de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con riesgo alto de glaucoma incluyen a las personas que tienen antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos mayores de 50 años y los hispanos mayores de 65 años.</li> </ul>	<b>\$0</b>

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

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

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La prueba de detección de retinopatía diabética y el monitoreo están cubiertos una vez por año para las personas que tienen diabetes.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un par de anteojos o lentes de contacto (incluida la adaptación y entrega) después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular. (&gt;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). Lentes o armazones correctivos (y su reemplazo) necesarios después de una operación de cataratas sin implante de cristalino.</li> </ul>	<p><b>\$0</b> para artículos para la visión, de acuerdo con las pautas de Medicare.</p> <p><b>Nota:</b> Si el artículo para la visión que compra cuesta más de lo que cubre Medicare, usted paga la diferencia.**</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Anteojos y lentes de contacto:</b> Una vez cada 12 meses, le proporcionamos una asignación de \$350 para comprar un artículo para la visión en un centro de atención óptica del plan, cuando un médico o un optometrista le receta anteojos o lentes de contacto para corrección de la visión. La asignación se puede usar para pagar los siguientes artículos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lentes para anteojos, si un proveedor de la red los coloca en un armazón.</li> <li>○ Armazones para anteojos, si un proveedor de la red coloca dos lentes (al menos una con valor refractivo) en el armazón.</li> <li>○ Adaptación y entrega de lentes de contacto.</li> </ul> </li> <li>• No otorgaremos la asignación para cristales ni armazones (aunque estén cubiertos de otra forma) si ya se proporcionó una en los últimos 12 meses.</li> </ul> <p>La asignación puede utilizarse solo en el punto de venta inicial. Si no usa la totalidad de su asignación en el punto de venta inicial, no podrá usarla más adelante.</p>	<p>Si el artículo para la visión que compra cuesta más de <b>\$350, usted paga la diferencia.**</b></p>

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


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

**99 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Servicios que tienen cobertura</b>	<b>Lo que debe pagar al recibir estos servicios*</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lentes de reemplazo:</b> Si tiene un cambio en la receta de por lo menos 0.50 dioptrías en uno o ambos ojos dentro de los 12 meses del punto de venta inicial de un lente de anteojos o de contacto al que le proporcionamos una asignación (o que está cubierto de alguna otra manera), le proporcionaremos una asignación para el precio de compra de un artículo de reemplazo del mismo tipo (lente de anteojos, o lente de contacto, accesorio y entrega) para el ojo que tuvo el cambio de 0.50 dioptrías. La asignación para uno de estos anteojos de reemplazo es de \$30 para lentes de anteojos unifocales o lentes de contacto (incluidas la adaptación y la entrega) y \$45 para un lentes de anteojos multifocales o lenticulares.</li> </ul>	<p>Si las lentes que compra cuestan más que la asignación de <b>\$30</b> para lentes unifocales o <b>\$45</b> para lentes de anteojos multifocales o lenticulares, <b>pagará la cantidad que supere su asignación.</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lentes de contacto especiales:</b> Cubrimos los siguientes lentes de contacto especiales cuando los receta un médico u optometrista de la red y se reciben en un centro de la red o en una oficina de ventas ópticas de la red: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ En casos de aniridia (ausencia del iris), hasta dos lentes de contacto necesarios desde el punto de vista médico (incluidos ajustes y entrega) por ojo, cada 12 meses.</li> <li>○ De acuerdo con las pautas de Medicare, ofrecemos cobertura de lentes correctivos (incluidas la adaptación y la dispensación de lentes de contacto) y marcos (y reemplazos) para los miembros con afaquia (por ejemplo, que han tenido cirugía de cataratas, pero no se les ha implantado una lente intraocular (Intraocular Lens, IOL) o quienes tengan ausencia congénita del cristalino):</li> </ul> </li> <li>• En el caso de las lentes de contacto que aportan una mejoría significativa de la visión, que no pueden aportar las lentes de anteojos, cubriremos un par de lentes de contacto (incluidas la adaptación y la entrega) o un suministro inicial de lentes de contacto desechables (hasta seis meses, incluidas la adaptación y la entrega) cada 24 meses.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

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

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

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

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

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

**101 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)****Resumen de Beneficios con cobertura de Medicaid**

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medi-Cal (Medicaid). Para cada uno de los beneficios que se indican a continuación, puede ver qué cubre Medi-Cal (Medicaid) y lo que cubre nuestro plan. Es posible que lo que pague por los servicios cubiertos dependa de su nivel de elegibilidad para Medi-Cal (Medicaid). Para obtener más información sobre los beneficios de Medi-Cal, consulte su manual de Medi-Cal.

<b>Beneficios</b>	<b>Plan Estatal de Medicaid</b>	<b>Dual Complete</b>
<b>Servicios para pacientes hospitalizados</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos.
<b>Servicios hospitalarios para pacientes externos</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0. De lo contrario, cuando lo hospitalizan directamente para observación como paciente ambulatorio, usted paga lo siguiente por estadía, según el plan en el que esté inscrito: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$110 para miembros del plan North P4.</li> <li>• \$0 para miembros del plan South P5.</li> </ul>
<b>Servicios de clínica de salud rural</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	No cubierto excepto emergencia o atención de urgencia fuera del área.
<b>Servicios de centros de salud con calificación federal</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	No cubierto excepto emergencia o atención de urgencia fuera del área.
<b>Servicios de Laboratorio</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos.
<b>Imágenes diagnósticas</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos.

<b>Beneficios</b>	<b>Plan Estatal de Medicaid</b>	<b>Dual Complete</b>
<b>Atención en un centro de atención de enfermería especializada</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos (sin límite de edad). El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios.
<b>Detección temprana y periódica, diagnósticos y servicios suplementarios de tratamiento</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos.
<b>Servicios y suministros de planificación familiar</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos.
<b>Servicios de un médico</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos.
<b>Servicios médicos y de cirugía dental</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos de Medicare.
<b>Servicios de oftalmología</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos.
<b>Servicios de podología</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos.
<b>Servicios de optometría</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos.
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos de Medicare.
<b>Servicios de psicología</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos.
<b>Servicios de enfermeros anestesistas</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos.

**103 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Beneficios</b>	<b>Plan Estatal de Medicaid</b>	<b>Dual Complete</b>
<b>Óptica y servicios de laboratorio de fabricación óptica</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por optometrista.
<b>Suministros médicos (No incluye cremas ni lociones para incontinencia)</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por suministros cubiertos por Medicare.
<b>Cremas y lociones para incontinencia</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	No está cubierto a menos que esté incluido en nuestro catálogo de OTC para entrega a domicilio como se describe en la Tabla de Beneficios Médicos.
<b>Equipo médico duradero</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0. De lo contrario, usted paga un coseguro del 0 % o 20 % para artículos cubiertos.
<b>Audífonos</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Sin cobertura.
<b>Fórmula enteral</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos de Medicare.
<b>Servicios de partera con licencia</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios provistos por proveedores del plan.
<b>Servicios de acupuntura</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos.
<b>Servicios de salud domiciliaria a través de agencias de atención médica a domicilio</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos de Medicare.

Beneficios	Plan Estatal de Medicaid	Dual Complete
<b>(Incluyendo servicios de enfermería y auxiliares de salud a domicilio, terapia física y ocupacional, servicios de patología del habla y audiología, enfermería intermitente, atención de auxiliares de salud a domicilio, suministros médicos, equipo y aparatos)</b>		
<b>Fisioterapia y servicios relacionados</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos.
<b>Centros de rehabilitación</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos.
<b>Servicios de enfermería privada (exención solo para mayores de 21 años)</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Sin cobertura.
<b>Clínica (Clínica organizada para pacientes ambulatorios, Servicios de Salud para la Población Indígena, centros de parto alternos, centros quirúrgicos ambulatorios)</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos provistos por un proveedor de la red.
<b>Servicios dentales</b>	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid provistos por su dentista asignado del programa dental de Medicaid. Para obtener información sobre la cobertura dental de Medi-Cal, llame al <b>1-800-322-6384</b> (TTY <b>1-800-735-2922</b> ). También puede visitar nuestro sitio web <a href="https://smilecalifornia.org/">https://smilecalifornia.org/</a> .	Sin cobertura.



**105 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Beneficios</b>	<b>Plan Estatal de Medicaid</b>	<b>Dual Complete</b>
<b>Terapia ocupacional</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos.
<b>Patología del habla</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos.
<b>Terapia del habla</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos.
<b>Servicios de audiología</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos.
<b>Dentaduras postizas</b>	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid provistos por su dentista asignado del programa dental de Medicaid. Para obtener información sobre la cobertura dental de Medi-Cal, llame al <b>1-800-322-6384</b> (TTY <b>1-800-735-2922</b> ). También puede visitar nuestro sitio web <a href="https://smilecalifornia.org/">https://smilecalifornia.org/</a> .	
<b>Aparatos protésicos (Aparatos ortésicos) lentes protésicas</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 del costo de los servicios cubiertos por Medicare.
<b>Anteojos u otros accesorios para la visión</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 hasta un límite de \$350 para artículos para la vista cada año.  \$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas, hasta alcanzar el límite de Medicare.
<b>Programa Integral de Servicios Perinatales (Servicios preventivos)</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por atención prenatal cubierta.

<b>Beneficios</b>	<b>Plan Estatal de Medicaid</b>	<b>Dual Complete</b>
<b>Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (Community-Based Adult Services, CBAS)</b> (Exención únicamente)	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Sin cobertura.
<b>Servicios de diálisis crónica</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0. De lo contrario, usted paga un coseguro del 20 % por tratamiento cubierto de diálisis.
<b>Servicios de rehabilitación (Diálisis crónica, desintoxicación por heroína para pacientes ambulatorios, salud mental de rehabilitación, programa de drogas de Medi-Cal, centros independientes de rehabilitación)</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios para abuso de sustancias cubiertos.
<b>Institutos para enfermedades mentales (Para menores de 21 años de edad y mayores de 65 años de edad, incluida la atención psiquiátrica para pacientes ambulatorios)</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare (sin límite de edad).
<b>Centro de Atención Intermedia</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Sin cobertura.
<b>Enfermera partera</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare provistos por proveedores del plan.

**107 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Beneficios</b>	<b>Plan Estatal de Medicaid</b>	<b>Dual Complete</b>
<b>Centro de cuidados paliativos</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Cubierto por Original Medicare.
<b>Servicios relacionados a la TB</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos.
<b>Atención respiratoria para pacientes que utilizan respiradores artificiales</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos de Medicare.
<b>Enfermero(a) con práctica médica familiar</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios provistos por proveedores del plan.
<b>Servicios en el hogar y la comunidad para personas mayores discapacitadas (Exención únicamente)</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Sin cobertura.
<b>Acuerdos de vida asistida por la comunidad (Exención únicamente)</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Sin cobertura.
<b>Servicios de cuidado personal</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Sin cobertura.
<b>Hospital rural de atención primaria</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por atención de emergencia cubierta por Medicare.
<b>Establecimientos de salud no médicos</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Sin cobertura a excepción de los servicios de una institución religiosa no médica de cuidado de salud cubierta por Medicare.
<b>Servicios hospitalarios de emergencia</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0. De lo contrario, debe pagar lo siguiente por visita al Departamento de Emergencias, según

Beneficios	Plan Estatal de Medicaid	Dual Complete
		el plan en el que esté inscrito: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$110 para miembros del plan North P4.</li> <li>• \$0 para miembros del plan South P5.</li> </ul>
<b>Transporte</b> <b>(El estado brinda transporte médico de emergencia y de no emergencia. Cumple con los requisitos federales para garantizar el transporte de los servicios que son necesarios desde el punto de vista médico).</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0. De lo contrario, usted lo siguiente por cada viaje para servicio de ambulancia cubierto por Medicare, según el plan en el que esté inscrito: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$325 de copago para miembros del plan North P4.</li> <li>• \$50 de copago para miembros del plan North P5.</li> </ul>
<b>Servicios para mujeres embarazadas bajo tratamiento por una afección que pueda afectar a la mujer y/o al feto</b> <b>(No se especifica como un beneficio, pero es una disposición requerida a través de las regulaciones federales)</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	\$0 de copago por servicios cubiertos necesarios desde el punto de vista médico.
<b>Servicios de asesoramiento marital y familiar</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos de Medicare.
<b>Servicios de un trabajador social médico titulado</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos de Medicare.

**109 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

<b>Beneficios</b>	<b>Plan Estatal de Medicaid</b>	<b>Dual Complete</b>
<b>Administración de casos</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos de Medicare.
<b>Servicios de un proveedor individual de enfermería</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos de Medicare.
<b>Servicios no médicos (Exención únicamente)</b>	Copago de \$0 por servicios con cobertura de Medicaid.	Sin cobertura.

---

### **Sección 3 ¿Cuáles son los servicios cubiertos fuera de nuestro plan?**

---

#### **Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)**

Los siguientes servicios no están cubiertos por nuestro plan, pero se encuentran disponibles mediante Medicaid:

- Cualquier medicamento que cubra Medicaid que no cubra Medicare Parte B o Parte D.
- Ciertos servicios de un Centro de Salud con Calificación Federal dentro de nuestra red.
- Audífonos.
- La permanencia en un centro de atención a largo plazo después de agotar sus beneficios de Medicare. Los centros de atención a largo plazo incluyen centros de enfermería especializada, centros de cuidados intermedios y centros de cuidados subagudos.
- Transporte para obtener atención médica.
- Ciertos servicios de clínicas de salud rurales dentro de nuestra red.

Nota: Esta no es una lista completa. Comuníquese con su agencia estatal de Medicaid para obtener detalles completos acerca de lo que cubre y no cubre su plan de Medicaid, incluido el tipo de plan (por ejemplo, cargo por servicio o plan de atención médica administrada). Además, si recibe servicios cubiertos por Medicaid de un proveedor de la red que no están cubiertos por nuestro plan, tendrá que mostrar su tarjeta de Medicaid cuando reciba dichos servicios.

**Sección 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por nuestro plan?****Sección 4.1 Servicios que *no* tienen cobertura de nuestro plan (exclusiones)**

En esta sección le informamos qué beneficios están excluidos.

El gráfico a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por nuestro plan según cualquier condición o están cubiertos por nuestro plan únicamente según condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, con excepción de lo específicamente dispuesto a continuación. Aunque usted reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, los servicios excluidos siguen sin tener cobertura y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y se decide: luego de la apelación que el servicio es un servicio médico que se debió haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este documento).

<b>Servicios no cubiertos por parte de Medicare</b>	<b>No cubiertos en ningún caso</b>	<b>Cubiertos solo en circunstancias específicas</b>
Atención en un centro de atención intermedia o residencial, un centro de alojamiento asistido o un hogar de acogida para adultos.		Cubierto como se describe en la sección “Tratamiento en entorno residencial contra el abuso de sustancias y por la salud mental” del Cuadro de Beneficios Médicos.
Concepción por medios artificiales, como fertilización in vitro, transferencias intrafalopianas de cigotos, trasplantes de óvulos y transferencias intrafalopianas de gametos (excepto inseminación artificial y servicios relacionados cubiertos por Medicare)	<b>No cubiertos en ningún caso</b>	
Cirugía estética o procedimientos estéticos		Cubierto en casos de lesión accidental o para mejorar la funcionalidad de un miembro del cuerpo con malformaciones. Cubierto para todas las etapas de reconstrucción del seno después de una mastectomía, así como para los procedimientos necesarios en el otro seno para lograr una apariencia simétrica.

**111 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

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

<b>Servicios no cubiertos por parte de Medicare</b>	<b>No cubiertos en ningún caso</b>	<b>Cubiertos solo en circunstancias específicas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lentes y gafas de sol sin valor refractivo, excepto que esta exclusión no se aplica a un lente de equilibrio claro si solo un ojo necesita corrección o lentes tintados cuando son necesarios desde el punto de vista médico para tratar la degeneración macular o la retinitis pigmentosa.</li> <li>• Reemplazo de cristales o armazones perdidos o dañados.</li> <li>• Accesorios para anteojos o lentes de contacto.</li> <li>• Artículos para la visión que no requieren receta médica por ley (que no sean armazones de anteojos o lentes de equilibrio cubiertos).</li> </ul>		
Costos generados por la atención de parientes directos o miembros de su hogar.	<b>No cubiertos en ningún caso</b>	
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.	<b>No cubiertos en ningún caso</b>	
Audífonos o exámenes para ajustar audífonos		Esta exclusión no se aplica a los implantes cocleares ni a los dispositivos auditivos externos osteointegrados que tienen la cobertura de Medicare.
Comidas con entrega a domicilio.	<b>No cubiertos en ningún caso</b>	



**113 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Servicios de ama de casa que incluyen asistencia básica en el hogar, como actividades sencillas de mantenimiento de la casa o la preparación ligera de alimentos	<b>No cubiertos en ningún caso</b>	
Terapia de masajes	<b>No cubiertos en ningún caso</b>	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	<b>No cubiertos en ningún caso</b>	
Lentes intraoculares (IOL) no convencionales después de una cirugía de cataratas (por ejemplo, IOL para corregir la presbicia).	<b>No cubiertos en ningún caso</b>	
Atención dental no rutinaria		La atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones podría estar cubierta como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de soporte para los pies.		Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y se incluyen en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con una enfermedad del pie relacionada con la diabetes.
Los artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada.		Se proporcionan teléfonos y televisores.

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

**115 Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Procedimientos para revertir la esterilización y suministros anticonceptivos que no requieren receta médica.	<b>No cubiertos en ningún caso</b>	
Atención quiropráctica de rutina		La manipulación de la columna vertebral para corregir la subluxación está cubierta.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.	<b>No cubiertos en ningún caso</b>	
Cuidado de los pies de rutina.		Cobertura limitada según las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Pruebas de audición de rutina, audífonos o exámenes para el ajuste de audífonos	<b>No cubiertos en ningún caso</b>	
Servicios que se considere que no son razonables ni necesarios según los estándares de Original Medicare.		Esta exclusión no se aplica a servicios o artículos que no estén cubiertos por Original Medicare, pero que estén 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 los costos compartidos de VA son mayores que los de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia. Los miembros siguen siendo responsables de pagar los costos compartidos de nuestro plan.
Servicios relacionados con servicios o artículos no cubiertos		Cuando un servicio o un artículo no tiene cobertura, se excluyen todos los servicios o artículos relacionados con ellos, (1) excepto los que de otra forma tendrían cobertura para el tratamiento de complicaciones del servicio o artículo sin cobertura, o bien (2) si tienen cobertura de acuerdo con las pautas de Medicare.

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Servicios proporcionados de forma segura y eficaz por personas que no necesiten licencia o certificado estatal para prestar servicios de atención médica y en los casos en que la condición del miembro no requiera que los servicios los preste un proveedor de atención médica autorizado	<b>No cubiertos en ningún caso</b>	
Servicios para revertir la infertilidad voluntaria, inducida quirúrgicamente	<b>No cubiertos en ningún caso</b>	
Transporte en vehículo, taxi, autobús, furgoneta para camilla, furgoneta para sillas de ruedas y otros tipos de transporte (que no sea una ambulancia autorizada), aunque sea la única forma de viajar hasta el consultorio de un proveedor de la red.	<b>No cubiertos en ningún caso</b>	
Gastos de traslados y alojamiento.		Podemos pagar determinados gastos que autorizaremos previamente conforme a las pautas relativas a viajes y alojamiento.

## Capítulo 5. Cómo usar nuestra cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

### ¿Cómo puede obtener información sobre el costo de los medicamentos?

Debido a que usted reúne los requisitos para Medicaid, usted califica para “Beneficio Adicional” y lo recibirá de parte de Medicare para el pago de sus medicamentos recetados. Debido a que participa en el programa de “Beneficio Adicional”, **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 documento por separado llamado *Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Beneficio Adicional para sus medicamentos recetados* (también conocida como Cláusula de subsidio por bajos ingresos o Cláusula LIS), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no ha recibido esta cláusula, por favor llame a Servicio a los Miembros y pida la Cláusula LIS. (Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este documento).

---

### Sección 1 Introducción

---

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

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados tienen cobertura a través de sus beneficios de Medicaid, mediante el programa Medi-Cal Rx. Para obtener más información sobre Medi-Cal Rx, llame al Servicio al cliente de Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al **711** de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. También puede visitar el sitio web de Medi-Cal Rx en <https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/>.

<b>Sección 1.1 Reglas básicas de nuestra cobertura de medicamentos de la Parte D</b>
--

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

- Un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) debe emitirle la receta, que debe ser válida de acuerdo con la legislación vigente del estado.
- El proveedor no debe encontrarse en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2 de este capítulo, *Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o por medio del servicio de pedido por correo de nuestro plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista completa de medicamentos cubiertos de 2025* (también conocida como Lista de Medicamentos). (Consulte la Sección 3 de este capítulo).

- El medicamento debe utilizarse según una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que ha aprobado la Administración de Alimentos y Medicamentos o sustentado en ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 de este capítulo para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Su medicamento podría requerir que obtenga aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 en este capítulo para obtener más información sobre las restricciones en su cobertura).

---

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

---

### **Sección 2.1 Use una farmacia de la red**

En la mayoría de los casos, las recetas *solo* se cubrirán si las surte en las farmacias de la red. (consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubrimos recetas 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 se incluyen en nuestra Lista de Medicamentos.

### **Sección 2.2 Farmacias de la red**

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

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

#### **¿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 nuestra red, tendrá que encontrar una nueva farmacia que pertenezca a nuestra red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede llamar a Servicio a los Miembros o consultar el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web [kp.org/directory](http://kp.org/directory).

#### **¿Qué debe hacer si necesita una farmacia especializada?**

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapias de infusión en el hogar.

- Las que surten medicamentos para los residentes de centros de cuidados a largo plazo (LTC). En general, los centros de LTC (como los centros de adultos mayores) tienen sus propias farmacias. Si tiene problemas para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicio a los Miembros.
- Las farmacias que trabajan con los Servicios de Salud para la Población Indígena/Tribus/Programa de Salud para Indígenas Urbanos (no disponible en Puerto Rico). A menos que se trate de una emergencia, solo los nativos estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red. Las farmacias I/T/U deben estar dentro de nuestra área de servicio.
- Las farmacias que venden medicamentos que están restringidos a lugares específicos por la FDA o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o una explicación de su modo de uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de Farmacias* ([kp.org/directory](http://kp.org/directory)) o llame a Servicio a los Miembros.

### Sección 2.3    Cómo usar nuestros servicios de pedidos por correo

Para obtener determinados medicamentos, puede utilizar nuestro servicio de pedidos por correo. En general, los medicamentos provistos por medio de la venta por correo son medicamentos que se toman de manera regular para tratar una condición médica crónica o de largo plazo. Estos medicamentos se indican como medicamentos de pedido por correo en nuestra Lista de Medicamentos.

Nuestro servicio de pedidos por correo le permite pedir un suministro para un máximo de 100 días.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, visite su farmacia local de la red o nuestro sitio web en [kp.org/refill](http://kp.org/refill). Puede, de manera conveniente, ordenar que le vuelvan a surtir sus medicamentos recetados de las siguientes maneras:

- Regístrese y haga su pedido en línea de forma segura en [kp.org/refill](http://kp.org/refill).
- Llame al 1-888-218-6245 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; los sábados, de 8 a. m. a 6 p. m., y los domingos, de 9 a. m. a 6 p. m., o al número resaltado que aparece en la etiqueta de su receta y siga las indicaciones. Asegúrese de seleccionar la opción de entrega por correo cuando se le indique.
- Envíe por correo su solicitud de resurtido de medicamentos o renovación de recetas en un formulario de orden por correo disponible en cualquier farmacia de la red de Kaiser Permanente.

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

En general, recibirá los pedidos de una farmacia de pedidos por correo en menos de 5 días. Si la entrega por correo se demora, por favor llame al número mencionado arriba o incluido en la etiqueta del frasco del medicamento recetado para recibir ayuda. Además, si no puede esperar a que llegue su medicamento recetado de nuestra farmacia de pedidos por correo, puede obtener un suministro urgente llamando a la farmacia minorista de su red local que figura en su *Directorio de Farmacias* o en ([kp.org/directory](http://kp.org/directory)). Tenga en cuenta que quizá pague más si obtiene un suministro de 100 días de una farmacia minorista de la red que de nuestra farmacia de pedidos por correo.

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

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

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

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

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

#### **En ciertas circunstancias, su receta médica puede tener cobertura**

En general, ofrecemos cobertura para los medicamentos que se surten en farmacias que no pertenecen a la red *solo* cuando no es posible usar una farmacia de la red.

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

- Si usted está de viaje dentro de los Estados Unidos y sus territorios, pero se encuentra fuera del área de servicio y se enferma o se queda sin medicamentos recetados cubiertos de la Parte D, ofrecemos cobertura para surtir recetas en una farmacia que no pertenece a la red solo para circunstancias limitadas y poco frecuentes, y de acuerdo con las pautas de la lista de medicamentos cubiertos de Medicare Parte D.



- Si necesita un medicamento recetado de Medicare Parte D junto con atención de emergencia que no pertenece a la red o atención de urgencia fuera del área de servicio, cubriremos un suministro para hasta 30 días por parte de una farmacia que no pertenece a la red. Nota: Los medicamentos que se recetan y se surten fuera de los Estados Unidos y sus territorios, como parte de servicios cubiertos de atención de emergencia o de urgencia, tienen cobertura para un suministro hasta de 30 días en un periodo de 30 días. Medicare Parte D no cubre estos medicamentos; por lo tanto, los gastos que generen no cuentan para alcanzar la Etapa de Cobertura para Catástrofes.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto en tiempo y forma dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable en automóvil que esté abierta las 24 horas. Si una persona razonable pudo haber comprado el medicamento en una farmacia de la red dentro del horario normal de atención, es posible que no cubramos su receta.
- Si trata de surtir la receta de un medicamento cubierto que no está disponible normalmente en farmacias accesibles de la red o a través del servicio de pedido por correo (incluidos los medicamentos de costo elevado).
- Si no puede obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red durante un desastre.

### ¿Cómo solicitar un reembolso?

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

---

## **Sección 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en nuestra Lista de Medicamentos**

---

<b>Sección 3.1 La Lista de Medicamentos indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos</b>
---

Nuestro plan tiene una *Lista completa de medicamentos cubiertos de 2025*. En este folleto de *Evidencia de Cobertura*, la llamamos **Lista de Medicamentos para abreviar**.

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

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por Medi-Cal (Medicaid) a través del programa Medi-Cal Rx. Para obtener más información sobre Medi-Cal Rx, llame al Servicio al cliente de Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al **711** de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. También puede visitar el sitio web de Medi-Cal Rx en <https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home>.

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

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

### **Nuestra Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).**

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

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene el mismo principio activo que un medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas denominadas biosimilares. Generalmente, los genéricos y biosimilares son tan eficaces como los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y, usualmente, cuestan menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para varios medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de obtener una nueva receta médica, del mismo modo que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

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

### **¿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 de ciertos tipos de medicamentos (vea más información al respecto en 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, podría obtener un medicamento que no esté en la Lista de Medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Comuníquese con Medi-Cal (Medicaid) para averiguar qué medicamentos están cubiertos por Medi-Cal (Medicaid) (consulte el Capítulo 2 para obtener la información de contacto) o visite <http://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/FormularyFile.aspx>.

### **Sección 3.2 Son seis los niveles de costo compartido de los medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos**

Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos se incluyen en uno de seis niveles de costo compartido. En general, entre más alto sea el nivel de costo compartido, más deberá pagar por el medicamento:

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

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

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

Hay 4 formas de averiguarlo:

1. Revisar la Lista de Medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica.
2. Visitar nuestro sitio web ([kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx)). Nuestra Lista de Medicamentos (*Lista completa de medicamentos cubiertos de 2025*) que aparece en el sitio web es siempre la más actualizada.
3. 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 cubiertos de 2025*) o para solicitar una copia de la lista.

4. Use nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” ([kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx)) o llamando a Servicio a los Miembros. Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos para consultar un estimado 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 para ciertos medicamentos recetados. Un equipo de médicos y farmacéuticos crearon estas reglas para alentarles a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz posible. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Siempre que un medicamento seguro y de bajo costo tenga la misma eficacia médica que un medicamento más costoso, nuestras reglas recomiendan usar la opción de menor costo.

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

### **Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones se aplican?**

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

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

#### **Cómo obtener la aprobación del plan con antelación**

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

---

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

---

<b>Sección 5.1    Hay ciertas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como a usted le gustaría</b>
---

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

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

<b>Sección 5.2    ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido de alguna manera?</b>
--

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

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

## **Puede obtener un suministro provisional**

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

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

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

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

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

### **1) Puede cambiar de medicamento**

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

## 2) Puede solicitarnos que hagamos una excepción

**Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que le proporcionemos la cobertura que desea para el medicamento.** Si su proveedor señala que existe un motivo médico que justifique la petición de una excepción, él puede ayudarlo a presentar una solicitud para que se haga una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento aunque no esté incluido en nuestra 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 Sección 7.4 del Capítulo 9 encontrarán información al respecto. Allí se explican los procedimientos y los plazos que establece Medicare para asegurarse de que su solicitud se procese de forma oportuna y apropiada.

<b>Sección 5.3      ¿Qué puede hacer si su medicamento pertenece a un nivel de costo compartido que considera excesivamente alto?</b>
---

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

### **Puede cambiar de medicamento**

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

### **Puede solicitarnos que hagamos una excepción**

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

Si usted y su proveedor quieren pedirnos que hagamos una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9, encontrarán información al respecto. Allí se explican los procedimientos y los plazos que establece Medicare para asegurarse de que su solicitud se procese de forma oportuna y apropiada.

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

---

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

---

<b>Sección 6.1    La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año</b>
---

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

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

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

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que se analizan en este capítulo.

<b>Sección 6.2    ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está usando?</b>
---

### **Información sobre los cambios de cobertura de medicamentos**

Cuando hay cambios a nuestra Lista de Medicamentos, publicamos la información sobre estos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra “Lista de Medicamentos” en línea de forma periódica. Esta sección describe los tipos de cambios que podemos realizar en la Lista de Medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizaran cambios para un medicamento que está usando.

### **Cambios que podríamos hacer a nuestra Lista de Medicamentos que le afectan durante el año actual del plan**

- **Agregar medicamentos nuevos a nuestra Lista de Medicamentos y de inmediato eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en nuestra Lista de Medicamentos.**
  - Al agregar una versión nueva de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas. La versión nueva del medicamento estará en el mismo nivel o un nivel menor de costo compartido y tendrá las mismas restricciones o menos.



- Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos determinadas versiones nuevas de biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
- Podemos realizar estos cambios inmediatamente y avisarle más tarde, incluso si está usando el medicamento al que estamos eliminando o modificando. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que hacemos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hagamos.
- **Agregar medicamentos a nuestra Lista de Medicamentos y eliminar y hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de Medicamentos con previo aviso.**
  - Al agregar otra versión de medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel o un nivel menor de costo compartido y tendrá las mismas restricciones o menos.
  - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos determinadas versiones nuevas de biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro para 30 días de la versión del medicamento que está usando.
- **Retirar medicamentos peligrosos y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que sean retirados del mercado.**
  - Es posible que se considere que un medicamento es peligroso o se lo retire del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podríamos quitar el medicamento inmediatamente de nuestra Lista de Medicamentos. Si está usando ese medicamento, se lo informaremos después de realizar el cambio.
- **Hacer otros cambios a los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos.**
  - Es posible que, una vez que comience el año, hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Por ejemplo, con base en los recuadros de advertencia de la FDA o en pautas clínicas nuevas reconocidas por Medicare.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro para 30 días adicionales de la versión del medicamento que está usando.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está usando, hable con su médico sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión sobre la cobertura para satisfacer cualesquiera nuevas restricciones en el medicamento que está usando. Usted o su médico pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado usando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

### **Cambios a nuestra Lista de Medicamentos que no le afectan durante el año actual del plan**

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

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

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

Si cualquiera de estos cambios aplica para un medicamento que usted toma (excepto que se lo retire del mercado, que un medicamento genérico reemplace a uno de marca u otro cambio que se haya mencionado en la sección anterior), ninguno afectará el modo de uso ni la parte del costo que usted paga sino hasta el 1 de enero del año siguiente.

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

---

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

---

<b>Sección 7.1 Tipos de medicamentos sin cobertura</b>
--

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

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

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

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

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se indican a continuación no tienen cobertura a través de Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted por medio de su cobertura de medicamentos de Medi-Cal (Medicaid) (a través del programa Medi-Cal Rx): Para obtener más información sobre Medi-Cal Rx, llame al Servicio al cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al **711** de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. También puede visitar el sitio web de Medi-Cal Rx en <https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/>.

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

Si recibe un “Beneficio Adicional” para costear sus recetas, el programa “Beneficio Adicional” no pagará por los medicamentos que no cubre de forma regular. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para saber qué tipo de cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2.)

---

## **Sección 8    Surtir una receta**

---

### **Sección 8.1    Brinde la información de su membresía**

Para surtir su receta médica, proporcione la información de membresía del plan, que puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red de su preferencia. La farmacia de la red le facturará automáticamente a nuestro plan por nuestra parte de los costos de su medicamento. Usted deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo al recoger el medicamento recetado. Tenga en cuenta que tendrá que usar su tarjeta de identificación de Medi-Cal (Medicaid) cuando obtenga medicamentos cubiertos por Medi-Cal (Medicaid) que estén excluidos de la cobertura de Medicare Parte D.

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

Si no lleva la información de su tarjeta de membresía cuando vaya a surtir su receta médica, usted o la farmacia puede llamar a nuestro plan para obtener la información requerida, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de su 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 la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo solicitar un reembolso).

---

## **Sección 9    Cobertura para medicamentos de la Parte D en circunstancias especiales**

---

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

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

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

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

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

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

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

**Sección 9.3 ¿Qué ocurre si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?**

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

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

---

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

---

<b>Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura</b>
--

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

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

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

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

<b>Sección 10.2 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a que los miembros consuman sus medicamentos opioides de forma segura</b>
--

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

- Exigirle que surta todas sus recetas de medicamentos opioides o con benzodiazepinas en determinada(s) farmacia(s).

- Exigirle que surta todas sus recetas de medicamentos opioides o con benzodiazepinas de determinados médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o con benzodiazepinas que cubriremos.

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

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

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

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

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

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

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



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

### ¿Cómo puede obtener información sobre el costo de los medicamentos?

La mayoría de nuestros miembros califican y ya reciben el “Beneficio Adicional” de Medicare para pagar los costos de los medicamentos recetados del plan. Si participa en el programa de “Beneficio Adicional”, **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 quienes reciben Beneficio Adicional para sus medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula LIS*), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no ha recibido este anexo, por favor llame a Servicio a los Miembros y pida la *Cláusula LIS*.

### Sección 1 Introducción

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

En este capítulo se explica lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Por simplicidad, en este capítulo usaremos el término **medicamento** para referirnos a los medicamentos recetados de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son de la Parte D: algunos medicamentos están excluidos de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D tienen la cobertura de Medicare Parte A o Parte B o a través de Medi-Cal (Medicaid).

Para entender la información sobre los pagos, primero debe saber qué medicamentos tienen cobertura, dónde puede surtir sus recetas médicas y qué reglas debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. En las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 se explican estas reglas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 5), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicio a los Miembros.

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

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

- El **deducible** es el monto que debe pagar por sus medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte.
- El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que surte una receta.

- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que surte una receta médica.

### **Sección 1.3      Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo**

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

#### **Estos pagos sí se incluyen en sus gastos de bolsillo**

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

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

#### **Quién paga es importante:**

- Si **usted** hace estos pagos, los pagos se incluyen en los gastos de bolsillo.
- Estos pagos también *están incluidos* en sus costos de 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 programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, los planes de salud del empleador o sindicato, TRICARE o el Servicio de Salud para la Población Indígena. También se incluyen los pagos que hace el programa “Beneficio Adicional” de Medicare.

#### **Avance a la Etapa de Cobertura para Catástrofes:**

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) alcanza un total de gastos de bolsillo de **\$2,000** durante el año calendario, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

---

#### **Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo.**

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

- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no tienen cobertura del plan.



---

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

---

<h3>Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (la EOB de la Parte D)</h3>
---

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 en una farmacia. De esta forma, podemos informarle en qué momento pasa de una etapa de pago de medicamentos a otra. Hacemos un seguimiento especial de dos tipos de costos:

- Cuánto paga usted. Estos son los Costos de gastos de bolsillo. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto por la Parte D, los pagos por sus medicamentos realizados por familiares o amigos y los pagos realizados por sus medicamentos mediante el programa “Beneficio Adicional” de Medicare, los planes de salud del empleador o sindicato, TRICARE, el Servicio de Salud para la población Indígena, los programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, las organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- Llevamos un registro de sus costos **totales de medicamentos**. This is the total of all payments made for your covered Part D drugs. Incluye lo que pagó el plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

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

<b>Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos</b>
---

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

- **Presente su tarjeta de membresía cada vez que le surtan una receta médica.** Esto contribuye a asegurarnos de estar informados de las recetas médicas que surte y de cuánto paga por ellas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En algunas ocasiones, es posible que pague el costo completo de su medicamento recetado. En esos casos, no recibimos automáticamente la información que necesitamos para llevar el control de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar dicho control, bríndenos copias de los recibos. **A continuación, se encuentran algunos ejemplos de situaciones en las que debería brindarnos copias de los recibos de sus medicamentos:**
  - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan
  - Cuando hace un copago por medicamentos que se proporcionan por medio de un programa de ayuda financiera para pacientes ofrecido por una compañía farmacéutica
  - Cada vez que compra medicamentos cubiertos en farmacias que no pertenecen a la red o cuando se trata de una circunstancia especial en la que paga el costo total del medicamento cubierto

Si le cobran por un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Consulte instrucciones sobre cómo hacerlo en la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado en su nombre.** Los pagos que realizan otras personas o algunas organizaciones también se cuentan para los gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos que realiza un programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para la Población Indígena y las entidades de beneficencia cuentan como gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos dar seguimiento a sus costos.
- **Lea el informe escrito que le enviamos.** Al recibir la *EOB de la Parte D*, léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, por favor llame a Servicio a los Miembros. También puede elegir consultar su *EOB de la Parte D* en línea en vez de por correo. Visite [kp.org/goinggreen](http://kp.org/goinggreen) e inicie sesión para informarse más sobre la elección de ver su *EOB de la Parte D* en línea de forma segura. Conserve estos informes.

---

**Sección 4 No hay deducible para los miembros del plan North P4. Para los miembros del plan South P5, durante la Etapa de Deducible, usted paga la totalidad por el costo de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5**

---

La mayoría de los miembros reciben “Beneficio Adicional” con los costos de medicamentos recetados; por ello, para los miembros del plan South P5 la Etapa de Deducible no se aplica en la mayoría. Si recibe “Beneficio Adicional”, esta etapa de pago no se aplica a usted.

**Para miembros del plan North P4**

No hay deducible para los miembros del plan North P4. Comienza en la Etapa de Cobertura Inicial cuando surte su primera receta médica para el año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

**Para miembros del plan South P5**

Si no recibe “Beneficio Adicional”, la Etapa de Deducible será la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para viajes. Pagarás un deducible anual de \$590 por medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.

**Debe pagar el costo completo de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5** hasta que alcance su monto de deducible del plan. Con todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar un deducible. Generalmente, el **costo total** es menor que el precio total y normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos menores para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red.

Una vez que haya pagado **\$590** por los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5, usted abandona la Etapa de Deducible y pasa a la Etapa de Cobertura Inicial.

---

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

---

<b>Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surta su receta médica</b>
---

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

**El plan tiene seis niveles de costo compartido**

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

- Nivel 1 **de costo compartido** para medicamentos genéricos preferidos (este nivel incluye algunos medicamentos de marca).
- Nivel 2 **de costo compartido** para medicamentos genéricos (este nivel incluye algunos medicamentos de marca). Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 3 **de costo compartido** para medicamentos de marca preferidos. Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 4 **de costo compartido** para medicamentos no preferidos (este nivel incluye medicamentos genéricos y de marca). Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 5 **de costo compartido** para medicamentos de nivel de especialidad (este nivel incluye medicamentos genéricos y de marca). Usted paga \$0 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.
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan. Cubrimos recetas médicas que se surtan en farmacias que no pertenecen a la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para conocer cuándo cubriremos recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red.
- La farmacia para pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y sobre cómo surtir sus recetas médicas, consulte el Capítulo 5 y nuestro *Directorio de Farmacias* ([kp.org/directory](http://kp.org/directory)).

<b>Sección 5.2</b>	<b>Tabla que muestra sus costos del suministro para 1 mes de un medicamento</b>
--------------------	---

Durante la Etapa inicial de cobertura, la parte del costo de un medicamento cubierto será un coseguro.

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

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

Nivel	Costo compartido minorista (dentro de la red)	Costo compartido del pedido por correo	Costo compartido para cuidados a largo plazo (LTC)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información)
	(un suministro hasta de 30 días)		(un suministro hasta de 31 días)	(un suministro hasta de 30 días)
<b>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</b>	<b>\$0</b>			
<b>Nivel 2 – Medicamentos genéricos</b>	<b>3%</b>			
• South P5*				
• North P4	<b>\$0</b>			



Nivel	Costo compartido minorista (dentro de la red)	Costo compartido del pedido por correo	Costo compartido para cuidados a largo plazo (LTC)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información)
	(un suministro hasta de 30 días)		(un suministro hasta de 31 días)	(un suministro hasta de 30 días)
<b>Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos*</b>			24%	
• South P5				
• North P4			23%	
<b>Nivel 4 – Medicamentos no preferidos*</b>			25%	
<b>Nivel 5: Medicamentos especializados*</b>			25%	
<b>Nivel 6 – Vacunas inyectables de la Parte D</b>	\$0	No está disponible el servicio de pedidos por correo.		\$0

\* No pagará más de \$0 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte la Sección 7 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D para las vacunas de la Parte D.

**Sección 5.3 Si su médico receta un suministro para menos de 1 mes, posiblemente no tenga que pagar el costo del suministro del mes entero**

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

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

- Si le corresponde un coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será inferior ya que el costo total por el medicamento será inferior.
- Si le corresponde un copago del medicamento, solo pagará por la cantidad de días que requerirá el medicamento que reciba en vez de pagar por el mes completo. Calcularemos el monto que pagará por día por su medicamento (la tarifa diaria del costo compartido) y la multiplicaremos por la cantidad de días que requerirá el medicamento que reciba.

**Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro a largo plazo (hasta de 100 días) de un medicamento**

En el caso de ciertos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro prolongado). Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 100 días.

La siguiente tabla indica cuánto debe pagar cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento (hasta de 100 días).

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

Nivel	Costo compartido minorista (dentro de la red)		Costo compartido del pedido por correo
	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 100 días	Suministro de 31 a 100 días
<b>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</b>	<b>\$0</b>		

Nivel	Costo compartido minorista (dentro de la red)		Costo compartido del pedido por correo
	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 100 días	Suministro de 31 a 100 días
<b>Nivel 2 – Medicamentos genéricos</b>			
• South P5*	3%		
• North P4	\$0		
<b>Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos*</b>			
• South P5	24%		
• North P4	23%		
<b>Nivel 4 – Medicamentos no preferidos*</b>	25%		
<b>Nivel 5: Medicamentos especializados*</b>	25%		
<b>Nivel 6 – Vacunas inyectables de la Parte D</b>	No hay un suministro a largo plazo disponible.		

\* No pagará más de \$0 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, sin importar el nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

**Sección 5.5 Continúa en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la suma de los costos que paga de su bolsillo durante el año alcanzan \$2,000**

Continúa en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcanzan \$2,000. Luego avanza a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

La *EOB de la Parte D* que recibirá le ayudará a llevar un control de lo que usted, nuestro plan y terceros gastaron en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de \$2,000 de gastos de bolsillo en un año.

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

---

## **Sección 6 En la Etapa de Cobertura para Catástrofes, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D**

---

Usted ingresa a la Etapa de Cobertura para Catástrofes cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de \$2,000 en un 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 pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

---

## **Sección 7 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga por un medicamento depende cómo y dónde lo consigue**

---

**Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas se enumeran en nuestra *Lista completa de medicamentos cubiertos de 2025*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte nuestra *Lista completa de medicamentos cubiertos de 2025* o comuníquese con Servicio a los Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos sobre vacunas específicas.

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

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

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

### **1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).**

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por ACIP y no le cuestan nada.

### **2. Dónde obtiene la vacuna.**

- Puede recibir la vacuna en una farmacia o en el consultorio del médico.

### **3. Quién le administra la vacuna.**

- Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrársela en el consultorio del médico.

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

- A veces, cuando obtiene la vacuna, debe pagar el costo total tanto de la vacuna como de la administración de la vacuna por parte del proveedor. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde pagar. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otras ocasiones, cuando obtiene la vacuna, solamente paga la parte del costo estipulada según el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

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

*Situación 1:* Obtiene la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Esta opción depende del lugar en el que vive. Algunos estados no permiten a las farmacias administrar ciertas vacunas).

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

*Situación 2:* Obtiene la vacuna de la Parte D en el consultorio del médico.

- Cuando obtenga la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total tanto de la vacuna como de la administración de la vacuna por parte del proveedor.
- Puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida su aplicación).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, le pagará a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna.
- Cuando el médico le suministra la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de este servicio. Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que haya pagado menos cualquier costo compartido por la administración de la vacuna.

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

### **Sección 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos**

Nuestros proveedores de la red facturan directamente al plan los costos de los servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviarnos dicha factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y determinaremos si los servicios y medicamentos deben tener cobertura. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

**Si ya pagó un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan**, puede pedirnos que le devolvamos el dinero (lo cual se denomina **reembolso**). Siempre que pague un porcentaje mayor al que le corresponde por medicamentos o servicios médicos cubiertos, tiene derecho a solicitar un reembolso. Puede que haya ciertas reglas que debe cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe la factura de lo que ya pagó, la revisaremos y determinaremos si los servicios o medicamentos deben tener cobertura. Si decidimos que deben tener cobertura, le reembolsaremos el costo de los servicios o medicamentos.

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

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que podría ser necesario que nos solicite un reembolso o que paguemos una factura que recibió:

#### **1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**

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

- Si usted paga la totalidad del monto cuando recibe la atención, pídanos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde. Envíenos la factura con los comprobantes de cualquier pago que haya hecho.

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

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

Los proveedores de la red siempre nos envían las facturas directamente. Pero a veces, cometen errores y le cobran más de lo que le corresponde pagar.

- 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 los documentos de todos los pagos que hizo. Solicite que le devolvamos la diferencia entre el monto que pagó y el monto adeudado de acuerdo con nuestro plan.

## **3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan**

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

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

## **4. Cuando surte una receta médica en una farmacia que no pertenece a la red**

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que esta no pueda enviarnos el reclamo de manera directa. Cuando eso sucede, deberá pagar el costo total de su receta.

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



### **5. Cuando paga el costo total de una receta médica porque no tiene la tarjeta de membresía del plan con usted**

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted, puede pedir a la farmacia que nos llame o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita rápidamente, es posible que usted deba pagar el costo total de la receta. Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que paguemos la parte del costo que nos corresponde. Es posible que no le devolvamos el costo completo que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

### **6. Cuando paga el costo total de una receta médica en otras circunstancias**

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

- Por ejemplo, el medicamento quizás no esté incluido en nuestra *Lista completa de medicamentos cubiertos de 2025* o podría estar sujeto a un requisito o restricción que usted no conocía o no creyó que se aplicaría en su caso. Si decide comprar el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago. En ciertos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para poder devolverle la parte que nos corresponde del costo del medicamento. Es posible que no le devolvamos el costo completo que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

Si envía una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si cubriremos el servicio o el medicamento. Esto es lo que se conoce como tomar una **decisión sobre la cobertura**. Si decidimos cubrirlo, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si denegamos 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 solicitar que le hagamos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, envíela junto con la factura y los comprobantes de cualquier pago que haya hecho. Le aconsejamos que haga una copia de la factura y los recibos para que los tenga como registro. Debe presentarnos su reclamo dentro de los 12 meses (reclamos médicos de la Parte C) y dentro de los 36 meses (reclamos de medicamentos de la Parte D) después de la fecha en que recibió el servicio, concepto o medicamento.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información necesaria para que tomemos una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamos para solicitar el pago. No es necesario que utilice el formulario, pero si lo hace, nos ayudará a procesar la información más rápido. Puede presentar un reclamo para solicitar el pago mediante:

- El envío de nuestro formulario electrónico tras completarlo en [kp.org](http://kp.org) y la carga de la documentación de respaldo.
- Puede descargar el formulario en nuestro sitio web ([kp.org](http://kp.org)) o solicitar que le envíen uno llamando a Servicio a los Miembros. Envíe el formulario completo a la dirección de nuestro Departamento de Reclamos que se indica a continuación.
- Si no puede obtener el formulario, puede presentar su solicitud de pago enviándonos la siguiente información a la dirección de nuestro Departamento de Reclamos que se indica a continuación:
  - Una declaración con la siguiente información:
    - Su nombre (nombre del miembro/paciente) y número de historia clínica/de salud.
    - La fecha en la que recibió los servicios.
    - El lugar en donde recibió los servicios.
    - Quién prestó los servicios.
    - Por qué considera que nosotros deberíamos pagar los servicios.
    - Su firma y fecha de firma. (Si desea que otra persona que no sea usted realice la solicitud, también necesitaremos que complete un formulario de “Designación de representante”, que se encuentra disponible en [kp.org](http://kp.org)).
  - Una copia de la factura, su historia clínica por estos servicios y su recibo si pagó por los servicios.

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

Para atención médica, los miembros del **plan North P4** deben escribir a:

Kaiser Permanente  
Claims Department  
P.O. Box 12923  
Oakland, CA 94604-2923

Para atención médica, los miembros del **plan South P5** deben escribir a:

Kaiser Permanente  
Claims Department  
P.O. Box 7004  
Downey, CA 90242-7004

Si solicita el pago de un medicamento de la Parte D que haya recetado un proveedor de la red y que haya obtenido en una farmacia de la red, escriba a la siguiente dirección: Para todas las demás solicitudes de la Parte D, envíe su solicitud a la dirección anterior.

Kaiser Permanente  
Medicare Part D Unit  
P.O. Box 1809  
Pleasanton, CA 94566

---

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

---

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

Una vez que recibamos su solicitud de pago, le diremos si necesitamos que nos envíe información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si determinamos que la atención médica o el medicamento tiene cobertura y usted cumplió todas las reglas, pagaremos la parte del costo que nos corresponde por el servicio o medicamento. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si pagó el costo completo de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si aún no pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si determinamos que la atención médica o el medicamento *no* tiene cobertura, o que usted *no* cumplió con todas las reglas, no pagaremos el costo compartido que nos corresponde por la atención médica o el medicamento. Le enviaremos una carta que explique las razones por las que no le enviamos el pago y sus derechos de apelar esa decisión.

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

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con la cantidad que estamos pagando, puede presentar una apelación. Esto significa que nos pide que cambiemos la decisión de denegar su solicitud de pago. La apelación es un proceso formal, con procedimientos detallados y plazos importantes. Para ver más detalles sobre cómo 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

<b>Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de un modo adecuado para usted y que sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos al inglés, en letra grande, en braille, en archivo de audio o en CD de datos)</b>
---

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 sin costo para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Si la necesita, también podemos darle, sin costo, información en letra grande, en braille, en archivo de audio o en CD de datos. Tenemos la obligación de darle información acerca de los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de una forma que se adapte a sus necesidades, por favor llame a Servicio a los Miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud 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, por favor llame a Servicio a los Miembros para presentar una queja. También puede presentar una queja informal en Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

<b>Section 1.1</b>	<b>We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, large font, braille, audio file, or data CD)</b>
--------------------	---

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

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

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

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

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

<b>Sección 1.2</b>	<b>Debemos asegurarnos de que tenga acceso en tiempo y forma a los servicios y medicamentos cubiertos</b>
--------------------	---

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

Tiene el derecho a hacer citas y recibir los servicios cubiertos de nuestra red de proveedores *en un plazo razonable*. Aquí se incluye el derecho a recibir servicios de especialistas de forma oportuna cuando los necesita. 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 considera que no recibe la atención médica y los medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, en el Capítulo 9 encontrará información sobre qué puede hacer al respecto.

### **Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal**

Existen leyes federales y estatales que protegen la privacidad de sus historias clínicas y de su información médica personal. Protegemos su información médica personal tal como lo exigen estas leyes.

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

#### **¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones relacionadas con su atención médica****Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento disponibles y a participar en las decisiones sobre su atención médica**

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Los proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento *de tal manera que usted pueda comprenderlas.*

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

- **Recibir información sobre todas las opciones disponibles.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, independientemente de cuánto cuesten o de si tienen cobertura de nuestro plan. También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan, para ayudar a que los miembros manejen y usen los medicamentos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen acerca de todos los riesgos relacionados con su atención. Deben notificarle con antelación 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 que “no”.** Usted tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye la opción de abandonar un hospital u otro centro médico, aun si los médicos le recomiendan que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted es enteramente responsable de lo que pudiera sucederle a su cuerpo como consecuencia de esto.

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

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

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

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

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

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones por anticipado de su abogado o un trabajador social, o conseguirlo en algunas tiendas de materiales para oficina. A veces, puede conseguir este formulario por medio de organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicio a los Miembros para solicitar los formularios.



- **Llene y firme el formulario.** Independientemente de dónde obtenga el formulario, recuerde que es un documento legal. Le recomendamos que pida a un abogado que le ayude a redactarlo.
- **Entregue copias a las personas correspondientes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona a la que nombre en el formulario para que tome decisiones por usted en caso de que usted no pueda. Se aconseja entregar copias a algunos amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su casa.

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

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

**Recuerde que usted decide si quiere o no llenar un formulario de instrucciones por anticipado** (incluida la decisión de firmar uno si está en el hospital). Según lo dispone la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo porque haya o no haya firmado un formulario de instrucciones por anticipado.

### ¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si usted firma un formulario de instrucciones por anticipado y considera que un médico u hospital no ha seguido estas instrucciones, puede presentar una queja informal ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que aparece en la Sección 4 del Capítulo 2.

<b>Sección 1.6</b> <b>Tiene derecho a presentar quejas informales y solicitarnos que volvamos a considerar decisiones que ya habíamos tomado</b>
--

Si tiene problemas, dudas o quejas informales y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica qué puede hacer. **Tenemos la obligación de tratarle con imparcialidad** cuando pida una decisión sobre la cobertura o presente una apelación o una queja informal.

<b>Sección 1.7</b> <b>¿Qué puede hacer si considera que no recibe un trato justo o que no se respetan sus derechos?</b>
---

### **Si se trata de un caso de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si cree que no recibe un trato justo, que no se le trató con dignidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, incapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad, 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 TTY 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 Servicio a los Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

**Sección 1.8      Cómo obtener más información sobre sus derechos**

Hay varias formas de obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicio a los Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- 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](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)).
  - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

**Sección 1.9      Información sobre las evaluaciones de nueva tecnología**

El acelerado cambio de la tecnología afecta la atención médica y la medicina tanto como a cualquier otra industria. Para determinar si un nuevo medicamento u otro desarrollo médico genera beneficios a largo plazo, nuestro plan vigila y evalúa cuidadosamente nuevas tecnologías para incluirlas como beneficios cubiertos. Estas tecnologías incluyen procedimientos médicos, dispositivos médicos y nuevos medicamentos.

**Sección 1.10      Usted puede realizar sugerencias sobre derechos y responsabilidades**

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a realizar recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades que se incluyen en este capítulo. Si tiene sugerencias, llame a Servicio a los Miembros.

---

## **SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro de nuestro plan**

---

Consulte a continuación las cosas que debe hacer al ser miembro de nuestro plan. Si alguna pregunta, por favor llame a Servicio a los Miembros.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe cumplir para obtenerlos.** Consulte en esta *Evidencia de Cobertura* qué servicios están cubiertos para usted y qué reglas debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.
  - En los Capítulos 3 y 4, se brinda información detallada sobre sus servicios médicos.
  - En los Capítulos 5 y 6, se describe la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otro tipo de cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de la de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos al respecto.** El Capítulo 1 informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan siempre que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a atenderlo mejor al proporcionarles toda la información que necesitan, hacerles preguntas y dar seguimiento a su atención.**
  - Para obtener la mejor atención, cuénteles a sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Debe seguir las instrucciones y los planes de tratamiento que acordó con sus médicos.
  - Asegúrese de que sus médicos sepan cuáles son todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y recibir una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Se espera que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También se espera que se comporte de forma que no perturbe el funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de pagar lo siguiente:
  - Debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Al recibir la mayor parte de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar el porcentaje del costo que le corresponde, es decir, un copago (cantidad fija) o un coseguro (un porcentaje del costo total).
  - Si tiene que pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos más altos (según su última declaración de impuestos) debe seguir pagando dicho monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si cambia de domicilio *sin salir* del área de servicio de nuestro plan, llame para que podamos actualizar su información de membresía y sepamos cómo comunicarnos con usted.**
- **Si cambia de domicilio *fuera* del área de servicio del plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios).

## **Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)**

---

### **SECCIÓN 1 Introducción**

---

<b>Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud</b>
--

En esta sección se explican los procesos para solucionar problemas e inquietudes. El proceso que usa para resolver su problema depende de dos factores:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si necesita ayuda para determinar si seguir el proceso de Medicare o de Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicio a los Miembros.
2. El tipo de problema que tenga:
  - Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones sobre la cobertura y apelaciones**.
  - Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas informales**, también llamadas quejas formales.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene reglas, procedimientos y plazos que se aplican tanto a nosotros como a usted.

La guía que aparece en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto y lo que debe hacer.

<b>Sección 1.2 ¿Y los términos legales?</b>
---

Algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo tienen nombres legales. La mayoría de la gente no está familiarizada con muchos de estos términos y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar la comprensión, en este capítulo:

- Se utilizan palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, decimos presentar una queja en lugar de interponer una queja formal, decisión sobre la cobertura en lugar de determinación de la organización o determinación de cobertura y Organización de Revisión Independiente en lugar de Entidad de Revisión Independiente.
- También tratamos, en lo posible, de evitar el uso de abreviaturas.

No obstante, a veces, puede ser útil (e importante) conocer el término legal correcto. Saber qué términos usar puede ayudarle a comunicar su problema de forma más precisa para obtener la ayuda o la información acorde a su situación. Para ayudarle a saber qué términos debe usar, al explicar los detalles sobre qué hacer en situaciones específicas, hemos incluido los términos legales correspondientes.

---

## **SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada**

---

Si bien estamos siempre disponibles para ofrecerle ayuda, en ciertas situaciones, tal vez le convenga recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Incluso si tiene una queja sobre cómo lo tratamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, siempre debería comunicarse con Servicio a los Miembros para obtener ayuda. En ciertas situaciones, tal vez le convenga recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se encuentran dos entidades que pueden ayudarle.

### **Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)**

Cada estado tiene un programa del gobierno que cuenta con consejeros capacitados, y no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Estos asesores pueden ayudarlo a entender qué proceso usar para solucionar su problema. También pueden responder sus preguntas, proporcionarle más información y darle indicaciones sobre qué debe hacer.

Los servicios de los consejeros del SHIP no tienen costos. Encontrará los números de teléfono y el enlace al sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

### **Medicare**

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Cómo comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

### **Puede solicitar ayuda e información a Medicaid**

El Defensor General de los Derechos de Atención Médica Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención de la Salud (DHCS) de California puede ayudar. Puede comunicarse con el defensor general de los derechos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al 1-888-452-8609.

---

## **SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe seguir para solucionar su problema?**

---

Como usa Medicare y recibe asistencia de Medicaid, tiene a su disposición diferentes procesos que puede usar para solucionar su problema o queja informal. El proceso que usará dependerá de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, debe usar el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicaid, debe usar el proceso de Medicaid. Si necesita ayuda para determinar si seguir el proceso de Medicare o de Medicaid, comuníquese con Servicio a los Miembros.

Los procesos de Medicare y Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, use el cuadro que se muestra a continuación.

---

**¿Está su problema relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?**

Si necesita ayuda para determinar si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o de Medicaid, comuníquese con Servicio a los Miembros.

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **la Sección 4, Cómo solucionar problemas con sus beneficios de Medicare**.

Mi problema está relacionado con la cobertura de **Medicaid**.

Continúe con la **Sección 12** de este capítulo, **Cómo abordar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid**.

---

**PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE**

---

**SECCIÓN 4 Cómo abordar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicare**

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>¿Debe seguir el proceso para las decisiones sobre la cobertura y la presentación de apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas?</b>
--------------------	--

Si tiene un problema o inquietud, solamente necesita leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. En el siguiente cuadro encontrará información sobre la sección de este capítulo que debe consultar para resolver problemas o quejas informales sobre los **beneficios cubiertos por Medicare**.

---

Use este cuadro para averiguar qué parte de este capítulo le ayudará a resolver su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare**.

**¿Se relaciona su problema o inquietud con los beneficios o con la cobertura?**

Aquí se incluyen problemas como, por ejemplo, si un servicio de atención médica (artículo médicos, servicios o medicamentos recetados de la Parte B) tiene cobertura o no, el tipo de cobertura que tiene y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

**Sí.**

Consulte la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 5: Lo esencial sobre apelaciones y decisiones de cobertura.**

**No.**

Pase a la **Sección 11** 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.**

---

---

## **SECCIÓN 5 Lo esencial sobre apelaciones y decisiones de cobertura.**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: El panorama general</b>
--------------------	--

Las decisiones sobre la cobertura y apelaciones se usan para problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de Medicare Parte B como atención médica. Utiliza el proceso para las apelaciones y decisiones sobre la cobertura para cuestiones como cuando se intenta determinar si algo tiene o no cobertura y qué tipo de cobertura es.

### **Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura antes de recibir beneficios**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo refiere a un especialista médico que no está dentro de la red, esta referencia se considera una decisión sobre la cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión sobre la cobertura, en caso de que su médico no esté seguro de si un servicio médico específico está cubierto o se niegue a proporcionar la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos la atención médica antes de que la reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

También tomamos una decisión sobre la cobertura cuando determinamos qué tiene cobertura para usted y cuánto pagamos nosotros. En algunos casos podemos decidir que cierta atención médica no tiene cobertura o que Medicare ya no la cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión sobre la cobertura, puede presentar una apelación.

## Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión sobre la cobertura y no está de acuerdo, ya sea antes o después de que se reciba el servicio, 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 sobre la cobertura. Revisores distintos a los que tomaron la decisión original evaluarán su apelación.

Cuando presenta una apelación por primera vez, se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisaremos la decisión que tomamos sobre la cobertura para analizar si se siguieron las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le daremos a conocer nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si decimos que no a parte o a la totalidad de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2. La apelación de Nivel 2 estará a cargo de una organización de revisión independiente sin relación con nosotros.

- No necesita hacer nada para presentar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1).
- Consulte la Sección 6.4 de este capítulo para obtener más información sobre apelaciones de Nivel 2.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda pasar a varios niveles más de apelación (en la Sección 10 de este capítulo, se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

### **Sección 5.2      Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación**

Si desea solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación, le recomendamos los siguientes recursos:

- Puede **llamarnos a Servicio a los Miembros**.
- Puede **solicitar ayuda gratuita** a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.



**Capítulo 9: Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales)**

- **Su médico puede presentar una solicitud en su nombre.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Por favor llame a nuestro Servicio a los Miembros para solicitar el formulario de Designación de un representante. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web [kp.org](http://kp.org)).
  - Para asuntos de atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su Apelación de Nivel 1 es denegada, será enviada al Nivel 2 automáticamente.
  - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que le expida recetas puede solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 se deniega, su médico u otro profesional que le expida recetas puede presentar una apelación de Nivel 2.
- **Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona como su representante para que solicite una decisión sobre la cobertura o presente una apelación.
  - Si desea que un amigo, un familiar, u otra persona sea su representante, llame a Servicio a los Miembros y solicite el formulario Designación de un representante. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web [kp.org](http://kp.org)). El formulario autoriza a la persona designada a actuar en su nombre. Debe incluir su firma y la de la persona que usted designe como su representante. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
  - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo hayamos recibido. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito en la que le explicaremos su derecho a solicitarle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión para denegar su solicitud.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de uno por medio del colegio local de abogados o de otro servicio de referencias. También existen grupos que ofrecen servicios legales sin costo, si usted califica para recibirlos. Sin embargo, si desea solicitar cualquier tipo de decisión sobre la cobertura o presentar una apelación, **no es obligatorio contratar a un abogado.**

**Sección 5.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles sobre su situación?**

Hay 4 situaciones diferentes en las que se usan decisiones sobre la cobertura y apelaciones. Como las reglas y los plazos aplicables dependen de cada situación, incluimos información detallada de cada una en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo pedirnos cobertura para una extensión de la hospitalización si cree que el médico le da el alta antes de tiempo
- **Sección 9** de este capítulo: Cómo solicitar que extendamos la cobertura para ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo (*solo para estos servicios*: atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada y servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF))

Si no está seguro de cuál es la sección que debe usar, por favor llame a Servicio a los Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, por ejemplo, de su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.

---

**SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**

---

**Sección 6.1 En esta sección se explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si desea que le reembolsemos el porcentaje del costo de su atención que nos corresponda pagar.**

En esta sección se describen sus beneficios para atención médica. Son los beneficios que se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)*. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le dice qué puede hacer si se encuentra en una de las cinco siguientes situaciones:

1. No recibe un cierto tipo de atención médica que necesita y cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión sobre la cobertura. Sección 6.2.**

**Capítulo 9: Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales)**

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor médico necesitan proporcionarle y cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión sobre la cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió servicios o atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, pero nos negamos a pagarlos. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó servicios o atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir y desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de esa atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
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 6.3.**

**Nota:** Si la cobertura que se cancelará es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), debe consultar las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Estos tipos de atención están sujetos a normas especiales.

<b>Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura</b>
--

<b>Términos legales</b>
-------------------------

Cuando una decisión sobre la cobertura involucra su atención médica, se denomina <b>determinación de la organización.</b>
---

Una decisión rápida sobre la cobertura se denomina <b>determinación de cobertura acelerada.</b>
---

**Paso 1: Decida si necesita una decisión normal sobre la cobertura o una decisión rápida sobre la cobertura**

**Una decisión normal sobre la cobertura se suele tomar entre 72 horas y 14 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una decisión rápida sobre la cobertura se suele tomar entre 24 horas para los medicamentos de la Parte B y 72 horas para los servicios médicos. Debe cumplir dos requisitos para obtener una decisión rápida de cobertura:**

- Solo *puede solicitar* cobertura para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *solo* si el uso de los plazos estándar podría *afectar gravemente su salud o dañar su capacidad de llevar a cabo sus funciones de forma normal.*
- Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, **aceptaremos automáticamente proporcionársela.**

- **Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura.** Si no aprobamos la decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta para informarle lo siguiente:
  - Que explique la implementación de plazos estándares.
  - Si su médico solicita una decisión rápida sobre la cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
  - Cómo puede presentar una queja acelerada acerca de nuestra decisión de darle una decisión normal sobre la cobertura en vez de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó.

**Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión sobre la cobertura o una decisión rápida sobre la cobertura.**

- El primer paso es llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

**Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le respondemos.**

*Para las decisiones normales sobre la cobertura, usamos un plazo estándar.*

**Esto quiere decir que le responderemos en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de Medicare Parte B**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo**, si nos solicita más tiempo, o si necesitamos más información que lo pueda beneficiar **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si la solicitud se trata de un medicamento o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si usted considera que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja acelerada. Le responderemos la queja cuando tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del que se usa para solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas).

*Para decisiones rápidas sobre la cobertura, utilizamos un período 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, podemos tardar hasta otros 14 días si nos solicita más tiempo o si necesitamos obtener más información que pudiese beneficiarlo.** Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja acelerada. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tengamos una decisión.
- **Si respondemos que no a parte o a la totalidad de su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito para explicarle el motivo de nuestra decisión.

**Paso 4:** Si respondemos que no a su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.

- Si decimos no, usted tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Esto implica volver a solicitar la cobertura para la atención médica que desea. Si presenta otra apelación, significa que usted pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

### **Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1**

#### **Términos legales**

Una apelación presentada ante el plan para cambiar una decisión sobre la cobertura de atención médica se llama una **reconsideración**.

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

**Paso 1:** Decida si necesita una apelación estándar o una apelación acelerada.

Una apelación estándar se suele presentar en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación acelerada suele presentarse en un plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deben determinar si se necesita una apelación acelerada. Le proporcionaremos una apelación acelerada si su médico nos informa que la necesita debido a su estado de salud.

- Los requisitos para obtener una apelación acelerada son los mismos que los que se necesitan para una decisión acelerada sobre la cobertura, y se describen en la Sección 6.2 de este capítulo.

### **Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación acelerada**

- **Si solicita una apelación estándar, envíela por escrito.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación acelerada, preséntela por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe presentar la solicitud de apelación a más tardar en un plazo de 65 días calendario** después de la fecha que aparezca en el aviso por escrito que le enviemos para informarle nuestra respuesta respecto de la decisión sobre la cobertura. Si no presenta la apelación en este plazo, pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, explique la razón por la cual está presentando su apelación con retraso cuando la presente. Es posible que podamos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa pueden ser, entre otros, una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedirnos una copia de toda la información relacionada con su decisión médica. Si tiene información adicional que respalda su apelación, usted y su médico pueden añadirla.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.

### **Paso 3: Evaluamos su apelación y le respondemos.**

- Cuando revisamos su apelación, evaluamos cuidadosamente toda la información. Revisamos para determinar si hemos seguido todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si necesitamos más información, es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico.

#### ***Plazos para una apelación acelerada***

- Para apelaciones aceleradas, debemos responderle **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.** Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
  - Si nos solicita más tiempo, o si necesitamos más información que lo pueda beneficiar **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si la solicitud se trata de un medicamento o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

**Capítulo 9: Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales)**

- Si no le respondemos a más tardar en un plazo de 72 horas (o al final del periodo ampliado, si nos tomamos más días), tenemos la obligación de elevar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 72 horas desde el momento en que recibimos la apelación.
- **Si respondemos que no a una parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y le enviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le avisará por escrito cuando reciba su apelación.

***Plazos para una apelación estándar***

- Para apelaciones estándar, debemos dar nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** a partir del momento en que recibamos su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B que aún no recibió, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** luego de la recepción de su apelación. Le daremos una respuesta antes si es necesario debido a su condición de salud.
  - Sin embargo, si nos solicita más tiempo, o si necesitamos más información que lo pueda beneficiar **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si la solicitud se trata de un medicamento o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
  - Si usted considera que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja acelerada. Cuando presenta una queja acelerada, le respondemos en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas).
  - Si no le damos una respuesta en el plazo indicado (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
  - **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura a más tardar en un plazo de 30 días calendario si solicitó un servicio o artículo médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Si nuestro plan responde que no a una parte o a la totalidad de su apelación, le enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

#### **Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2**

##### **Términos legales**

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se conoce como **IRE**.

La **organización de revisión independiente es un organismo independiente que contrata Medicare**. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si el plan tomó la decisión correcta o debe cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

#### **Paso 1: La organización de revisión independiente revisa la apelación.**

- Enviaremos 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 en el Nivel 1, también tendrá una apelación acelerada en el Nivel 2*

- Para la apelación acelerada, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haberla recibido.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente **puede tardar hasta otros 14 días calendario si necesita obtener más información que pudiera beneficiarlo**. La organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

*Si presentó una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2*

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** desde que la recibe.



## Capítulo 9: Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales)

- Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente **puede tardar hasta otros 14 días calendario si necesita obtener más información que pudiera beneficiarlo**. La organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

### **Paso 2: La organización de revisión independiente le responderá.**

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos de esta.

- **Si la organización de revisión independiente responde que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud para un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica **en un plazo de 72 horas** o proporcionar el servicio **en un plazo de 14 días calendario** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente, para las **solicitudes normales**, o proporcionar el servicio **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que el plan reciba la decisión de la organización de revisión independiente, para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente responde que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud para un medicamento recetado de Medicare Parte B**, debemos autorizar el medicamento recetado de la Parte B en disputa **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente en el caso de **solicitudes normales**, o **en un plazo de 24 horas** después de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente, para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización responde 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 salud. (Esto se llama **respaldar la decisión** o **denegar la apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
  - Que explique su decisión.
  - Que le notifique de su derecho a una apelación de Nivel 3, si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita cumple con cierta cantidad mínima. La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le informará el valor en dólares necesario que debe reunir para continuar el proceso de apelaciones.
  - Que indique cómo presentar una apelación de Nivel 3.

**Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con el siguiente nivel del proceso de apelación.**

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, consulte las instrucciones sobre cómo hacerlo que se incluyen en la notificación por escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

**Sección 6.5 ¿Qué sucede si recibe una factura de atención médica y nos solicita que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde?**

**Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura**

Si nos envía la documentación en la que solicita el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, revisaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También nos aseguraremos de que haya cumplido con todas las reglas sobre la cobertura de atención médica.

- **Si decimos que sí a su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo generalmente en un plazo de 30 días calendario, máximo de 60 días calendario, a partir del momento en que recibamos su solicitud. Si aún no pagó la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica *no* tiene cobertura, o usted *no* cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta para explicarle que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Esto significa que nos pide 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 6.3.** Para apelaciones relacionadas con reembolsos, tome en cuenta lo siguiente:

- Debemos dar nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario a partir del momento en que recibamos su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos el costo de un servicio de atención médica que ya recibió y que ya pagó, no puede pedir una apelación acelerada.
- Si la organización de revisión independiente resuelve que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si se responde que sí a su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado en un plazo de 60 días calendario.

## **SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación**

<p><b>Sección 7.1</b>    <b>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</b></p>
---

Entre sus beneficios se incluye la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información acerca de las indicaciones aceptadas desde el punto de vista médico). Para ver los detalles sobre los medicamentos, normas, restricciones y costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección solo se trata de sus medicamentos de la Parte D.** A fin de simplificar, en lugar de repetir las frases “medicamento recetado y cubierto en pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” usaremos solo medicamento. También utilizamos el término Lista de Medicamentos en lugar de Lista de medicamentos cubiertos o *Lista completa de medicamentos cubiertos de 2025*.

- Si no sabe si un medicamento tiene cobertura o si cumple con las reglas, puede consultarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si en la farmacia le informan que sus recetas no pueden surtirse del modo en que están escritas, la farmacia le entregará una notificación por escrito en la que se explica cómo comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura.

### **Apelaciones y decisiones sobre la cobertura de la Parte D**

<b>Términos legales</b>
-------------------------

<p>Una decisión inicial sobre la cobertura respecto a medicamentos de la Parte D se llama <b>determinación de cobertura</b>.</p>
--

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por los medicamentos que reciba. Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista completa de medicamentos cubiertos de 2025*. **Pedir una excepción. Sección 7.2.**
- Pedirnos que eliminemos una restricción nuestra cobertura para un medicamento (como un límite en la cantidad que puede recibir de un medicamento, autorización previa o el requisito de probar otro medicamento antes). **Pedir una excepción. Sección 7.2**
- Solicitarnos pagar un monto menor del costo compartido de un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Pedir una excepción. Sección 7.2**

- Pedirnos la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión sobre la cobertura. Sección 7.4**
- Pagar por un medicamento recetado que ya compró. **Pedirnos un reembolso. Sección 7.4**

Si no está de acuerdo con una decisión del plan sobre la cobertura, puede presentar una apelación.

En esta sección, se explica cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y cómo solicitar una apelación.

## **Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?**

### **Términos legales**

Solicitar cobertura para un medicamento que no se incluye en la Lista de Medicamentos a veces se llama pedir una **excepción a la lista de medicamentos cubiertos**.

Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento a veces se llama pedir una **excepción a la lista de medicamentos cubiertos**.

Solicitar el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto se llama en ocasiones una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto en la manera en la que usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que tomemos en cuenta su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que expida recetas deben explicar los motivos médicos. A continuación, se muestran tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no se incluye en la Lista de Medicamentos, tendrá que pagar el monto del costo compartido que se aplica a medicamentos del Nivel 4 para medicamentos no preferidos o medicamentos genéricos del Nivel 2. No puede solicitar una excepción para no pagar el monto del costo compartido que le corresponde para recibir el medicamento.
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción, puede solicitar una excepción para el monto del copago o coseguro que deba pagar por el medicamento.

**3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.**

Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos se incluyen en uno de seis niveles de costo compartido. En términos generales, cuanto más bajo sea el número del nivel de costo compartido, menos pagará como su parte del costo del medicamento.

- Si la Lista de Medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que están en un nivel menor de costo compartido que su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento por el monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento a un costo compartido más bajo. Este 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 una excepción de nivel y hay más de un nivel inferior de costo compartido con los medicamentos alternativos que no puede tomar, normalmente pagará el monto más bajo.

<p><b>Sección 7.3 Información importante que debe saber para solicitar excepciones</b></p>
--

**Su médico debe informarnos los motivos médicos**

Su médico u otro profesional que receta deben enviarnos una declaración donde se expliquen los motivos médicos para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápido, recuerde incluir esta información médica de su médico u otro profesional que receta al solicitar la excepción.

En general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición determinada. Estas diversas opciones se llaman **medicamentos alternativos**. En general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción si se establece que un medicamento alternativo tendría la misma eficacia que el medicamento que solicita y no provocaría más efectos secundarios u otros problemas de salud. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general, *no* la aprobaremos a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido inferiores no sean adecuados para usted o es probable que le cause una reacción adversa o un daño.

### Podemos responder sí o no a su solicitud

- Si aceptamos su solicitud de una excepción, por lo general, la aprobación tendrá validez hasta el final del año del plan, siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición. siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si el plan responde que no a su solicitud, usted tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos otra revisión de nuestra decisión.

### **Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción**

#### **Términos legales**

Una decisión rápida sobre la cobertura se denomina **determinación acelerada de cobertura**.

### **Paso 1: Decida si necesita una decisión normal sobre la cobertura o una decisión rápida sobre la cobertura.**

Las **decisiones normales sobre la cobertura** se realizan en un **plazo de 72 horas** después de la recepción de la declaración de su médico. Las **decisiones rápidas sobre la cobertura** se realizan en un **plazo de 24 horas** después de la recepción de la declaración de su médico.

***Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una decisión rápida sobre la cobertura. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:***

- Debe solicitar un *medicamento que aún no haya recibido*. (Usted no puede solicitar una decisión rápida de cobertura cuando se trata del reembolso de un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o perjudicar su bienestar*.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos informan que su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, le daremos decisión rápida sobre la cobertura automáticamente.**
- **Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico u otro profesional que receta, decidiremos si su estado de salud requiere que tomemos este tipo de decisión.** Si no aprobamos la decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta para informarle lo siguiente:
  - Que explique la implementación de plazos estándares.
  - Que indique que, si su médico u otro profesional que receta solicitan una decisión rápida de cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.

**Capítulo 9: Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales)**

- Que le informe sobre cómo puede presentar una queja acelerada acerca de nuestra decisión de darle una decisión normal sobre la cobertura en vez de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. Responderemos a su queja informal en un plazo de 24 horas de haberla recibido.

**Paso 2: Solicite una decisión normal sobre la cobertura o una decisión rápida sobre la cobertura.**

El primer paso es llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones sobre la 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 ([kp.org](http://kp.org)). El Capítulo 2 tiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo rechazado está apelando.

Tanto usted como su médico (u otro profesional que emite recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede designar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo dice cómo otorgar un permiso por escrito a alguien más para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, recuerde incluir la declaración de respaldo** que contiene los motivos médicos para la excepción. Su médico u otro profesional que recete medicamentos pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O el médico u otro profesional que le expida recetas pueden explicarnos los razones por teléfono y, si es necesario, enviarnos después la declaración escrita por fax o correo.

**Paso 3: Evaluamos su solicitud y le respondemos.*****Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura***

- Por lo general, debemos responderle **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido su solicitud.
  - Para excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
  - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 24 horas desde la recepción de su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.

- **Si respondemos que no a una parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

***Plazos para una decisión normal de cobertura de un medicamento de la Parte D que todavía no haya recibido***

- Por lo general, debemos responderle **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.
  - Para excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
  - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos **proporcionar la cobertura** que hayamos acordado proporcionar **en un plazo de 72 horas** desde la recepción de su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.
- **Si respondemos que no a una parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

***Plazos para una decisión normal de cobertura del pago de un medicamento que ya ha comprado***

- Debemos dar nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario a partir del momento en que recibamos su solicitud**.
  - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, también estaremos obligados a pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si respondemos que no a una parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo apelar nuestra decisión.



**Paso 4: Si respondemos que no a su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.**

- Si decimos no, usted tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Esto implica volver a solicitar la cobertura para los medicamentos que desea. Si presenta otra apelación, significa que usted pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

**Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1****Términos legales**

Una apelación para cambiar una decisión sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una **redeterminación del plan**.

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

**Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación acelerada.**

*Una apelación estándar suele presentarse en un plazo de 7 días calendario. Una apelación acelerada suele presentarse en un plazo de 72 horas. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una apelación acelerada.*

- Si planea apelar una decisión del plan sobre la cobertura de un medicamento que aún no ha recibido, usted, su médico u otro profesional que receta deberán determinar si se necesita una apelación acelerada.
- Los requisitos para obtener una apelación acelerada son los mismos que los que se necesitan para una decisión acelerada sobre la cobertura, y se describen en la Sección 6.2 de este capítulo.

**Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que receta debe contactarnos para presentar su apelación de Nivel 1. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una apelación acelerada.**

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para apelaciones aceleradas, envíelas por escrito o llámenos al 1-888-987-7247.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de redeterminación modelo CMS*, que está disponible en nuestro sitio web ([kp.org](http://kp.org)). Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.

- **Debe presentar la solicitud de apelación a más tardar en un plazo de 65 días calendario** después de la fecha que aparezca en el aviso por escrito que le enviemos para informarle nuestra respuesta respecto de la decisión sobre la cobertura. Si no presenta la apelación en este plazo, pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, explique la razón por la cual está presentando su apelación con retraso cuando la presente. Es posible que podamos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa pueden ser, entre otros, una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información que aparece en su apelación y agregar más información.** Si tiene información adicional que respalda su apelación, usted y su médico pueden añadirla. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.

### **Paso 3: Evaluamos su apelación y le respondemos.**

- Cuando el plan revisa su apelación, vuelve a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Revisamos para determinar si hemos seguido todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otra persona que emita recetas para obtener más información.

#### ***Plazos para una apelación acelerada***

- Para apelaciones aceleradas, debemos responderle **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.** Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos elevar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una organización de revisión independiente. En la Sección 6.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud,** debemos brindar la cobertura que hayamos acordado brindar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si respondemos no a toda o parte de su solicitud,** le enviaremos una notificación por escrito para explicarle nuestros motivos y cómo puede apelar a nuestra decisión.

#### ***Plazos para una apelación estándar de un medicamento que todavía no haya recibido***

- Para apelaciones estándar, debemos dar nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** a partir del momento en que recibamos su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y es necesario debido a su condición médica.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la evaluará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

## Capítulo 9: Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales)

- Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos brindar la cobertura aprobada lo antes posible según sea necesario de acuerdo a su problema médico, pero, a más tardar, 7 días calendario después de haber recibido la apelación. Si respondemos no a toda o parte de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle nuestros motivos y cómo puede apelar a nuestra decisión.

### *Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró*

- Debemos dar nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario a partir del momento en que recibamos su solicitud.
  - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud, también estaremos obligados a pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si respondemos que no a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

### **Paso 4: Si respondemos no a su apelación, usted tiene derecho a continuar con el proceso y presentar otra apelación.**

- Si decide presentar otra apelación significa que usará el Nivel 2 del proceso de apelación.

## **Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2**

### **Términos legales**

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se conoce como **IRE**.

La **organización de revisión independiente es un organismo independiente que contrata Medicare**. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si el plan tomó la decisión correcta o debe cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

### **Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe contactar a la organización de revisión independiente y solicitar que revisen su caso.**

- Si respondemos no a su apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso por escrito que incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. En estas instrucciones se explicará quiénes pueden presentar esta apelación de Nivel 2, que plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no terminamos la revisión en el plazo

aplicable, o tomamos una decisión desfavorable respecto de una decisión en riesgo según un programa de control de los medicamentos, le enviaremos su reclamo a la IRE automáticamente.

- Enviaremos 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 la apelación.**

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

#### *Plazos para una apelación acelerada*

- Si su salud así lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una apelación rápida.
- Si la organización la acepta, debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud de apelación.

#### *Plazos para una apelación estándar*

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión debe responderle la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la fecha en que haya recibido la apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos dinero por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

### **Paso 3: La organización de revisión independiente le responderá.**

#### *Para las apelaciones aceleradas:*

- **Si la organización de revisión independiente responde que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar la cobertura para el medicamento aprobado **en un plazo de 24 horas** desde el momento en que recibimos la decisión de la revisión de la organización.

#### *Apelaciones estándar:*

- **Si la organización de revisión independiente responde sí a toda o parte de su solicitud de cobertura**, debemos autorizar la cobertura para el medicamento aprobado **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

- **Si la organización de revisión independiente responde sí a toda o parte de su solicitud de reembolso** para un medicamento que usted ya compró, tenemos la obligación de **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización.

### **¿Qué sucede si la organización de revisión responde que no a su apelación?**

**Si esta organización responde que no a parte o a la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **respaldar la decisión**. También se llama **denegar la apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Que explique su decisión.
- Que le notifique de su derecho a una apelación de Nivel 3, si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con cierta cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es muy bajo, significa que no podrá presentar otra apelación y que la decisión del Nivel 2 será final.
- Que le informe el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar el proceso de apelaciones.

### **Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con el siguiente nivel del proceso de apelación.**

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, consulte las instrucciones sobre cómo hacerlo que se incluyen en la notificación por escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 10 de este capítulo, se incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

## **SECCIÓN 8    Cómo pedirnos cobertura para una extensión de la hospitalización si cree que le darán el alta antes de tiempo**

---

Cuando usted es hospitalizado, tiene el derecho de recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos cuando son necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización, colaborará con su médico y el personal del hospital con el fin de prepararse para el día en que será dado de alta. Ellos se encargarán de coordinar cualquier servicio de atención que pudiese necesitar después de salir del hospital.

- El día en que usted abandona el hospital se llama **fecha del alta**.

- Una vez que se fija la fecha del alta hospitalaria, su médico o el personal del hospital se la comunicarán.
- Si piensa que el médico le da el alta antes de tiempo, puede pedir que se extienda su hospitalización, y se tendrá en cuenta su solicitud.

**Sección 8.1 Durante su hospitalización, recibirá una notificación por escrito de Medicare con una descripción de sus derechos**

Dentro de los dos días calendario después de ser hospitalizado, recibirá un aviso por escrito con el título *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de esta notificación. Si no recibe la notificación de un miembro del personal del hospital (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero), pídasela a un empleado del hospital. Si necesita ayuda, por favor llame a Servicio a los Miembros o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea cuidadosamente esta notificación y pregunte si no entiende algo.** Contiene la siguiente información:
  - Su derecho a recibir servicios cubiertos de Medicare durante y después de su hospitalización, según las indicaciones del médico. Aquí se incluye el derecho a saber qué servicios son, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
  - Su derecho a participar de las decisiones acerca de su hospitalización.
  - Dónde acudir si tiene alguna inquietud sobre la calidad de la atención hospitalaria.
  - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión sobre su alta hospitalaria si usted piensa que le están dando de alta del hospital muy pronto. Es una manera formal y legal de solicitar un retraso en su fecha de alta hospitalaria de tal manera que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.
2. **Debe firmar la notificación por escrito para mostrar que la recibió y que entiende sus derechos.**
  - A usted o a una persona que actúe como su representante se le pedirá que firme la notificación.
  - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa su fecha de alta hospitalaria. Firmar la **notificación no significa** que usted acepte una fecha de alta hospitalaria determinada.
3. **Guarde una copia** del aviso a mano para tener la información en caso de que necesite presentar una apelación (o informar sobre un problema con la calidad de la atención).
  - Si firma el aviso más de dos días calendario antes de la fecha de alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.

## Capítulo 9: Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales)

- Si desea ver una copia de este aviso con antelación, puede llamar a Servicio a los Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultarlo en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

### Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la 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 con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, por favor llame a Servicio a los Miembros. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización del gobierno que le brinda asistencia personalizada.

**En una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su apelación.** Esta entidad comprueba si la fecha programada para el alta hospitalaria es médicamente apropiada en su caso.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales en atención médica que trabajan para el gobierno federal supervisando y mejorando la calidad de la atención médica que reciben los pacientes de Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

**Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su fecha de alta hospitalaria. Debe actuar rápido.**

*¿Cómo puede comunicarse con esta organización?*

- En la notificación por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) se explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

*Actúe con rapidez:*

- Para presentar su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de dejar el hospital y **antes de la medianoche de la fecha programada para el alta hospitalaria**.
  - **Si cumple con este plazo**, podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta hospitalaria *sin pagar* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
  - **Si no cumple con este plazo**, comuníquese con nosotros. Si decide permanecer en el hospital después de su fecha programada de alta hospitalaria, *es posible que deba pagar todos los costos asociados* a la atención hospitalaria que reciba después de esta fecha.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su fecha de alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día posterior al que se comunican con nosotros, le entregaremos un **Aviso detallado de alta hospitalaria**. Esta notificación incluye su fecha programada para el alta hospitalaria y una explicación de por qué su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que se le dé de alta en esa fecha.

A fin recibir una copia del Aviso detallado de alta hospitalaria, puede llamar a Servicio a los Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver un ejemplo del aviso en línea, en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices).

**Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión de su caso de modo independiente.**

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debe extenderse la cobertura de los servicios. No es necesario que haga una presentación por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también evaluarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que reciban del hospital y de nosotros.
- Al mediodía del día posterior a que los revisores nos informan sobre su apelación, usted recibirá una notificación por escrito de nuestra parte en la que se indica la fecha programada para el alta hospitalaria. Esta notificación también incluye detalles sobre por qué su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que se le dé de alta en esa fecha.



**Paso 3:** Una vez que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad obtenga toda la información que necesita, responderá a su apelación a más tardar en un día completo.

*¿Qué sucede si la respuesta es sí?*

- Si la organización de revisión responde que *sí*, **debemos continuar proporcionando sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados con cobertura durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.**
- Usted deberá seguir pagando la parte de los costos que le corresponde (como 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 apropiada desde el punto de vista médico. En este caso, **nuestra cobertura de los servicios como paciente hospitalizado finalizará al mediodía del día siguiente** al que reciba la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a su apelación.
- Si la organización de revisión responde que *no* a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba *a partir del* mediodía del día siguiente al día en que reciba la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a su apelación.

**Paso 4:** Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dice *no* a su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha programada para el alta hospitalaria, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted pasará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

<b>Sección 8.3</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta hospitalaria</b>
--------------------	--

Con una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a evaluar la decisión tomada en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar la totalidad de los costos de su hospitalización después de su fecha programada para el alta hospitalaria.

**Paso 1: Contacte de nuevo a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.**

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** desde el día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responda *no* a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención que recibía.

**Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su caso.**

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

**Paso 3: En el plazo de 14 días calendario después de la fecha de recepción de su solicitud de Apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.**

*Si la organización de revisión responde que sí:*

- **Debemos reembolsarle** el porcentaje que nos corresponda de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar cubriendo la atención como paciente hospitalizado que usted reciba durante todo el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.**
- Debe continuar pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

*Si la organización de revisión responde que no:*

- Esto significa que los revisores están de acuerdo con la decisión tomada en la apelación de Nivel 1.
- En la notificación que reciba, se explicará por escrito qué pasos debe seguir si desea continuar con el proceso de revisión.

**Paso 4: Si la respuesta es no, usted deberá decidir si desea continuar con el proceso y usar el Nivel 3 de apelación.**

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, consulte las instrucciones sobre cómo hacerlo que se incluyen en la notificación por escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 10 de este capítulo, se incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## **SECCIÓN 9    Cómo solicitarnos que extendamos la cobertura para ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo**

**Sección 9.1    *Esta sección describe tres tipos de servicios únicamente: Atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada y servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)***

Cuando recibe servicios **médicos a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios) cubiertos**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención siempre y cuando sea necesaria para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Debemos informarle con antelación si decidimos que es hora de dejar de ofrecerle cobertura para cualquiera de estos tres tipos de atención. Al finalizar la cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestro porcentaje del costo de su atención.*

Si considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

**Sección 9.2    Le informaremos con antelación sobre la finalización de su cobertura**

### **Términos legales**

**Notificación de No Cobertura de Medicare.** En la notificación, se explica cómo puede solicitar una **apelación por vía rápida.** Presentar una apelación por la vía rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión sobre cuándo dejar de proporcionarle atención.

1. **Recibirá una notificación por escrito** por lo menos dos días calendario antes de que nuestro plan finalice la cobertura para su atención. La notificación contiene la siguiente información:
  - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
  - Cómo presentar una apelación por la vía rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante más tiempo.
2. **Usted o alguien que actúe en su nombre, deberá firmar la notificación por escrito para mostrar que la recibió y que entiende sus derechos.** Al firmar el aviso, usted *solo* acepta que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarla no**

significa que usted esté de acuerdo con nuestra decisión de dejar de proporcionarle atención.

**Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo**

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá presentar su petición por medio del proceso de apelaciones. Antes de comenzar, asegúrese de saber qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, por favor llame a Servicio a los Miembros. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización del gobierno que le brinda asistencia personalizada.

**En una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su apelación.** Esta entidad decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.

**Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación por la vía rápida. Debe actuar rápido.**

*¿Cómo puede comunicarse con esta organización?*

- En la notificación por escrito que recibió (*Notificación de No Cobertura de Medicare*), se explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2).

*Actúe con rapidez:*

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** de la *Notificación de No Cobertura de Medicare*.
- Si no se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en el plazo indicado, es posible que aún tenga derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

**Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión de su caso de modo independiente.**

<b>Términos legales</b>
-------------------------

<b>Explicación detallada de no cobertura.</b> Notificación que contiene información detallada sobre los motivos para finalizar la cobertura.
--

*¿Qué sucede durante esta revisión?*

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué considera que debe extenderse la cobertura de los servicios. No es necesario que haga una presentación por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también evaluará su información médica, hablará con su médico y analizará la información que reciba de nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación; usted también recibirá de nosotros la **Explicación detallada de no cobertura** para explicar en detalle las razones por las que finalizamos nuestra cobertura de sus servicios.

**Paso 3: Los revisores le comunicarán su decisión a más tardar en un día completo después de haber recibido toda la información que necesitan.**

*¿Qué sucede si los revisores responden que sí?*

- Si los revisores responden *sí* a su apelación, **debemos continuar cubriendo sus servicios en tanto sean necesarios desde el punto de vista médico.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si se aplican). Es posible que se apliquen limitaciones a los servicios cubiertos.

*¿Qué sucede si los revisores responden que no?*

- Si los revisores responden *no*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos indicado.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que termina su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de la atención médica.

**Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.**

- Si los revisores responden que no a su apelación de Nivel 1, y usted escoge continuar recibiendo atención después de la fecha en que finalice su cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

**Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo**

Con una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a evaluar la decisión tomada en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que hayamos dicho que finalizaría su cobertura.

**Paso 1: Contacte de nuevo a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.**

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** desde el día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responda *no* a su apelación de Nivel 1. Podría solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

**Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su caso.**

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

**Paso 3: En los 14 días calendario siguientes a haber recibido su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.**

*¿Qué sucede si la organización de revisión responde que sí?*

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención médica que haya recibido desde la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** de esta atención mientras sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

*¿Qué sucede si la organización de revisión responde que no?*

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión tomada en la apelación de Nivel 1.
- En la notificación que reciba, se explicará por escrito qué pasos debe seguir si desea continuar con el proceso de revisión. Se describirá en detalle lo que debe hacer para avanzar al siguiente nivel de apelación, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador.

**Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si llevar su apelación a otro nivel.**

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, consulte las instrucciones sobre cómo hacerlo que se incluyen en la notificación por escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 10 de este capítulo, se incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

**SECCIÓN 10 Cómo presentar una Apelación de Nivel 3 y superior**

**Sección 10.1 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de solicitudes de servicios médicos**

Esta sección puede serle útil si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que usted apeló alcanza ciertos niveles mínimos, puede seguir con otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito que recibe a su apelación de Nivel 2 encontrará una explicación sobre cómo debe presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. Consulte a continuación quiénes revisan su apelación en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3** Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el Juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador responde que sí a su apelación, el proceso de apelación *podría* finalizar o *no*.** A diferencia de una decisión de una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable a usted. Si decidimos apelar, esta decisión pasará a ser una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en los 60 días calendario siguientes al momento en que recibamos la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 junto con cualquier documento que sea de importancia. Podemos esperar la decisión sobre la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar 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* finalizar o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - De lo contrario, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba se le indicará qué hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

**Apelación de Nivel 4** El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar la decisión favorable de una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *podría* finalizar o *no*.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos el derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable a usted. Decidiremos si apelamos esta decisión en el nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar esta decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* finalizar o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no desea aceptarla, tal vez pueda seguir con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que no a su apelación, en la notificación se indicará si, de acuerdo con las normas, puede continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

**Apelación de Nivel 5** Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y responderá que *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

### **Sección 10.2 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de Medicare Parte D**

Esta sección puede serle útil si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.



## Capítulo 9: Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales)

Si el valor del medicamento que usted apeló alcanza cierto monto mínimo en dólares, puede seguir con otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito que recibe a su apelación de Nivel 2 encontrará una explicación sobre con quién debe ponerse en contacto y cómo debe solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. Consulte a continuación quiénes revisan su apelación en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3** Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones quedará finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que el Juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador haya aprobado **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones puede o no finalizar.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - De lo contrario, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba se le indicará qué hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

**Apelación de Nivel 4** El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones quedará finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que el Consejo haya aprobado **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo no mayor a 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones puede o no finalizar.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no desea aceptarla, tal vez pueda seguir con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que no a su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, en la notificación se indicará si, de acuerdo con las normas, puede continuar con una apelación de Nivel 5. En el aviso por escrito también se le informará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si escoge seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y responderá que *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

## **SECCIÓN 11** **Cómo presentar quejas informales sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas**

### **Sección 11.1** **¿Qué tipos de problemas se tratan con el proceso de quejas informales?**

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. A continuación, se incluyen ejemplos de los tipos de problemas que se tratan con el proceso de quejas.

<b>Queja</b>	<b>Ejemplo</b>
<b>Calidad de su atención médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?</li> </ul>
<b>Respeto a su privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?</li> </ul>
<b>Falta de respeto, servicio al cliente inadecuado u otras conductas negativas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien fue grosero con usted o le faltó al respeto?</li> <li>• ¿Está disconforme con nuestro Servicio a los Miembros?</li> <li>• ¿Siente que lo alientan a abandonar el plan?</li> </ul>
<b>Tiempos de espera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene problemas para hacer una cita o debe esperar demasiado para obtenerla?</li> <li>• ¿Debió esperar mucho tiempo a un médico, un farmacéutico o a otro profesional de la salud? ¿O a nuestro Servicio a los Miembros u otro representante del plan? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Algunos ejemplos incluyen tener que esperar mucho tiempo por teléfono, en la sala de espera o en la sala de examen, o para obtener una receta médica.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Limpieza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?</li> </ul>

Queja	Ejemplo
<b>Información que obtiene de nosotros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No le enviamos una notificación que debíamos enviarle?</li> <li>• ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?</li> </ul>
<b>Puntualidad</b> (Estos tipos de quejas informales están relacionados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones con respecto a las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones)	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Vea aquí algunos ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede presentar una <i>queja informal si nos solicitó una decisión rápida sobre la cobertura o una apelación acelerada</i>, y le respondimos que no.</li> <li>• Si considera que no estamos cumpliendo los plazos para las decisiones o apelaciones de cobertura, puede presentar una queja.</li> <li>• Si considera que no estamos cumpliendo los plazos para devolverle o reembolsarle el costo de ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja.</li> <li>• Si cree que no respetamos los plazos necesarios para enviarle su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.</li> </ul>

### Sección 11.2 Cómo presentar una queja informal

#### Términos legales

- A una **queja informal** también se le llama **queja formal**.
- A **presentar una queja informal** también se le llama **interponer una queja formal**.
- Al **uso del proceso para quejas informales** también se le llama **uso del proceso para interponer una queja formal**.
- Una **queja acelerada** también se denomina **queja formal rápida**.

### Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja informal

#### **Paso 1: Comuníquese con nosotros lo antes posible, ya sea telefónicamente o por escrito.**

- **En general, el primer paso es llamar a Servicio a los Miembros.** Ellos le informarán si es necesario que haga algo más.

- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede poner su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito. También le responderemos por escrito cuando presente una queja por teléfono si solicita una respuesta por escrito o su queja se relaciona con la calidad de la atención.
- **Si tiene una queja informal, intentaremos solucionarla por teléfono.** Si no podemos solucionar su queja por teléfono, usaremos un procedimiento formal para revisarla. Su queja formal debe explicar el problema, debe mencionar, por ejemplo, por qué no está conforme con los servicios que recibió. Consulte en el Capítulo 2 con quién debe comunicarse si tiene una queja.
  - Debe presentarnos su queja formal (oralmente o por escrito) en un plazo de 60 días calendario después del evento o incidente. Debemos dar una respuesta a su queja formal tan pronto como sea necesario de acuerdo con su estado de salud, en un plazo máximo de 30 días calendario desde el momento en que recibamos la queja informal. Es posible que amplíemos el plazo para tomar una decisión hasta 14 días calendario si usted solicita la ampliación del plazo o si justificamos la necesidad de obtener información adicional y el retraso es en su beneficio.
  - Puede presentar una queja formal acelerada sobre nuestra decisión de no acelerar una decisión de cobertura o una apelación por atención o elementos médicos, o si extendemos el plazo que necesitamos para tomar una decisión de cobertura o una apelación por atención o elementos 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 después de la fecha en que tuvo el problema sobre el cual desea presentar la queja informal.

### **Paso 2: Analizamos su queja y le responderemos.**

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama porque tiene una queja, tal vez podamos responderle durante la llamada.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficia, o si nos solicita más tiempo, podemos tardar hasta otros 14 días calendario (44 días en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si presenta una queja informal porque rechazamos su solicitud de una decisión rápida sobre la cobertura o una apelación acelerada, automáticamente trataremos su solicitud como una queja acelerada.** Si presenta una queja acelerada, le responderemos dentro de las **24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con toda o parte de su queja informal, o si no asumimos responsabilidad por el problema del cual se queja, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

**Sección 11.4 También puede presentar quejas informales sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**

Cuando su queja informal se refiere a la *calidad de la atención*, tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja informal directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros especialistas de la salud que reciben pago del gobierno federal para supervisar y mejorar la atención médica que reciben los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Puede presentar su queja informal tanto ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como ante nosotros al mismo tiempo.**

**Sección 11.5 También puede informarle a Medicare sobre su queja informal**

Puede presentar una queja informal acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Si desea presentar una queja informal ante Medicare, vaya a [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

**PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDI-CAL (MEDICAID)****SECCIÓN 12 Cómo manejar problemas sobre sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid)**

Como miembro de Dual Complete, es posible que Medi-Cal (Medicaid) también cubra algunos de los servicios de su plan. Por lo tanto, si cree que hemos denegado de forma inadecuada un servicio o pago de un servicio cubierto por Medi-Cal (Medicaid), es posible que también tenga derecho a apelar nuestra decisión ante Medi-Cal (Medicaid). Si tiene derecho a apelar nuestra decisión ante Medi-Cal (Medicaid), se lo informaremos por escrito. Para obtener información sobre cómo presentar una queja formal ante Medi-Cal (Medicaid) o solicitar una audiencia estatal, puede pedir ayuda en cualquiera de las siguientes opciones:

- Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711).
- Programa Ombuds de Medicare Medi-Cal al **1-888-804-3536**.
- Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al **1-800-434-0222**.
- Su plan de salud Medi-Cal (Medicaid).

## Capítulo 10. Cancelación de la membresía en nuestro plan

### SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de la membresía en nuestro plan

Usted puede cancelar su membresía con nuestro plan de forma **voluntaria** (cuando usted toma la decisión) o de forma **involuntaria** (cuando usted no toma la decisión):

- Podría dejar de participar en el plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. En las Secciones 2 y 3 se brinda información sobre la cancelación voluntaria de la membresía.
- También hay algunas situaciones en las que usted no elige abandonar el plan, sino que nos solicita que cancelemos su membresía. En la Sección 5, se informa en qué situaciones debemos cancelar su membresía.

Si usted cancela su membresía en nuestro plan, debemos seguir brindándole atención médica y medicamentos recetados, y usted debe continuar pagando su parte del costo hasta que finalice su membresía.

### SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

#### Sección 2.1 Puede cancelar su membresía debido a que tiene Medicare o Medicaid

- La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Como usted tiene Medicaid, puede finalizar la membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene la opción de inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, incluyendo:
  - Original Medicare *con* un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare.
  - Original Medicare *sin* un plan individual de medicamentos recetados de Medicare (si elige esta opción, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos, a menos que haya indicado que no debemos hacer la inscripción automática); o
  - Si es elegible, un D-SNP integrado que proporciona Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

**Nota:** Si usted cancela su afiliación a un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si en el futuro se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Comuníquese con su oficina estatal de Medicaid para obtener más información sobre sus opciones de planes de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- Hay otras opciones de planes de salud Medicare disponibles durante el Período de inscripción anual. En la Sección 2.2, se explica más acerca del Período de inscripción anual.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará usualmente el primer día del mes siguiente al mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará ese día.

<b>Sección 2.2</b>	<b>Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual</b>
--------------------	--

Puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el Período de inscripción abierta anual). En este periodo, revise su cobertura de atención médica y de medicamentos para decidir sobre su cobertura para el año siguiente.

- El **Período de inscripción anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija el mantenimiento de su cobertura actual o cambiar su cobertura en el año siguiente.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede escoger alguno de los tipos de planes siguientes:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
  - Original Medicare *con* un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare.

*O*

  - Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
  - **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

**Si obtiene “Beneficio Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si usted se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan individual de medicamentos recetados de Medicare, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos, a menos que haya indicado que no debemos hacer la inscripción automática.

**Nota:** Si usted cancela su afiliación a un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si en el futuro se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

**Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**

Tiene la posibilidad de hacer *un* cambio a su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage anual** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes de tener derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**, usted puede:
  - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura con Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este periodo, también puede inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes posterior a que se inscriba en otro plan de Medicare Advantage o a que hayamos recibido su solicitud de cambio a Original Medicare. Si elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente a que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

**Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante un Período de inscripción especial**

En ciertas situaciones, puede reunir los requisitos para cancelar su membresía con nuestro plan en otros períodos del año. Se los conoce como **Períodos de inscripción especial**.

**Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso**, es posible que sea elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial. A continuación, se muestran tan solo algunos ejemplos; para conocer la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)):

- Normalmente, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si cumple los requisitos para recibir “Beneficio Adicional” para pagar sus recetas médicas de Medicare.
- Si infringe el contrato que tenemos con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un centro de adultos mayores o un hospital de cuidados a largo plazo (Long-Term Care, LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (PACE).



**Nota:** Si está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5, se ofrece más información sobre los programas de administración de medicamentos.

**Nota:** En la Sección 2.1, se explica más acerca del Período de inscripción especial para personas que tienen Medicaid.

- **Los períodos de inscripción varían** según su situación.
- **Para saber si reúne los requisitos para un Período de inscripción especial**, por favor llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si cumple con los requisitos para cancelar su membresía por una situación especial, puede optar por cambiar su cobertura médica y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados,
  - Original Medicare *con* un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare,
  - – *o – bien*, Original Medicare *sin* un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare.

**Nota:** Si usted cancela su afiliación a un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si en el futuro se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

**Si obtiene “Beneficio Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si usted se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan individual de medicamentos recetados de Medicare, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos, a menos que haya indicado que no debemos hacer la inscripción automática.

**Su membresía finalizará usualmente** el primer día del mes siguiente al mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan.

**Nota:** En las Secciones 2.1 y 2.2, se le explica más acerca del Período de inscripción especial para personas que tienen Medicaid y reciben “Beneficio Adicional”.

<b>Sección 2.5</b> <b>¿Dónde puede obtener más información sobre los períodos en los que puede cancelar su membresía?</b>
---

Si tiene alguna pregunta sobre cancelar su membresía, puede:

- **Llame a Servicio a los Miembros.**
- Encontrar la información en el manual *Medicare y Usted 2025*.
- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

### **SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?**

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

<b>Si desea cambiarse de nuestro plan a:</b>	<b>Esto es lo que usted debe hacer:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otro plan de salud de Medicare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscríbese en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan cuando inicie la cobertura de su nuevo plan.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original Medicare <i>con</i> un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscríbese en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan cuando inicie la cobertura de su nuevo plan.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original Medicare <i>sin</i> un plan individual de medicamentos recetados de Medicare                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si usted se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan individual de medicamentos recetados de Medicare, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos, a menos que haya indicado que no debemos hacer la inscripción automática.</li> <li>○ Si cancela su membresía en un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditada de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía si en el futuro se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su afiliación.</b> Llame a Servicio a los Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.</li> <li>• También puede comunicarse con <b>Medicare</b>, en el 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</li> <li>• Su afiliación a nuestro plan se cancelará cuando inicie la cobertura de Original Medicare.</li> </ul>

**Nota:** Si usted cancela su afiliación a un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si en el futuro se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid), llame a Medi-Cal (Medicaid) al 1-800-952-5253. Puede utilizar los servicios de telefonía automática de Medi-Cal para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-952-8349. Pregunte de qué forma inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en la que obtiene su cobertura de Medi-Cal (Medicaid). Para obtener más información, también puede visitar el sitio web <http://www.cdss.ca.gov/>.

---

## **SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo artículos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan**

---

Hasta que finalice su membresía en nuestro plan y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo atención, artículos, servicios médicos y medicamentos recetados por medio de nuestro plan.

- **Continúe obteniendo la atención médica que necesita de los proveedores de nuestra red.**
- **Continúe surtiendo sus recetas en nuestras farmacias de la red o a través de nuestro servicio de pedidos por correo.**
- **Si el día que finaliza su membresía usted está hospitalizado, nuestro plan cubrirá los gastos hasta que reciba el alta hospitalaria** (incluso si es dado de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

---

## **SECCIÓN 5 En ciertas situaciones, debemos cancelar su membresía en nuestro plan**

---

<b>Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en nuestro plan?</b>
---

**Debemos cancelar su membresía en nuestro plan en cualquiera de los siguientes casos:**

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si ya no reúne los requisitos para los planes de Medicaid. Como se especificó en la Sección 2.1 del Capítulo 1, solo pueden afiliarse a nuestro plan las personas que reúnen los requisitos para Medicare y Medicaid.

- Si ya no reúne los requisitos para los planes de Medicaid, le informaremos por escrito que cuenta con un período de gracia de 120 días para recuperar su elegibilidad de Medicaid antes de que le solicitemos que finalice su membresía del plan Kaiser Permanente Dual Complete. Antes de cancelar su inscripción en el plan Kaiser Permanente Dual Complete nos comunicaremos con usted para darle la oportunidad de inscribirse en algún otro plan Medicare Advantage. Es posible que los beneficios y los gastos de bolsillo de estos planes sean diferentes de los del plan Kaiser Permanente Dual Complete.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicio a los Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en nuestra área de servicio.
- Si es encarcelado (si va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o tiene presencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga y que proporcione cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esos datos afectan su elegibilidad para este. (No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare).
- Si mantiene de forma continua un comportamiento inapropiado, que nos dificulte brindarle atención médica a usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare).
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare).
  - Si finalizamos su membresía por esta razón, Medicare podría pedir que el inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

### **¿Dónde puede obtener más información?**

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicio a los Miembros.

<b>Sección 5.2</b>	<b><u>No podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud</u></b>
--------------------	---

No podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

### **¿Qué debe hacer si esto sucede?**

Si cree que le pedimos que cancele su membresía por una razón relacionada con su salud, debe llamar a Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

**Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja informal si cancelamos su membresía en nuestro plan**

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos explicarle por escrito las razones por las que lo hacemos. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

## Capítulo 11. Notificaciones legales

---

### SECCIÓN 1 Aviso sobre la legislación vigente

---

La principal ley que regula este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), en virtud de la Ley del Seguro Social. También pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se describen ni se explican en el presente documento.

---

### SECCIÓN 2 Notificación sobre la no discriminación

---

**No discriminamos** a ninguna persona por su raza, grupo étnico, país de origen, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, incapacidad física o mental, estado de salud, historial de reclamos, expediente médico, información genética, prueba de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben respetar las leyes federales contra la discriminación, entre ellas el Título VI de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964, la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), la Sección 1557 de la Ley de Cuidados de Salud Asequibles (Affordable Care Act), todas las leyes que se apliquen a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y reglamento que se apliquen por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información al respecto o tiene alguna inquietud relacionada con la discriminación o el trato injusto, por favor llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

Si tiene una incapacidad y necesita ayuda para obtener acceso a la atención, por favor llámenos a Servicio a los Miembros. Si tiene alguna queja, tal como algún problema relacionado con el acceso en silla de ruedas, Servicio a los Miembros puede ayudarle.

---

### SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de los Pagadores Secundarios de Medicare

---

Tenemos el derecho y la responsabilidad de obtener una compensación por los servicios cubiertos de Medicare, de los que Medicare no es el pagador primario. Según las normas de los CMS, en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, Kaiser Permanente Dual Complete, 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***

---

Podríamos adoptar políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficaz de esta *Evidencia de Cobertura*.

---

**SECCIÓN 5 Solicitudes y declaraciones**

---

Debe llenar las solicitudes, formularios y declaraciones que solicitemos en el curso normal de nuestras actividades comerciales o según se indique en esta *Evidencia de Cobertura*.

---

**SECCIÓN 6 Cesión**

---

No puede ceder esta *Evidencia de Cobertura* ni los derechos, intereses, reclamos por dinero adeudado, obligaciones o beneficios establecidos en el presente documento sin nuestro consentimiento previo por escrito.

---

**SECCIÓN 7 Honorarios y gastos de abogados y defensores**

---

En cualquier disputa entre un miembro y el Health Plan, el Medical Group o Kaiser Foundation Hospitals, cada una de las partes será responsable por sus propios gastos y honorarios de abogados y otros gastos, salvo que la ley exija lo contrario.

---

**SECCIÓN 8 Coordinación de beneficios**

---

Tal como se describe en la Sección 7 del Capítulo 1, “Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan”, si tiene otro seguro, debe usarlo en combinación con su cobertura como miembro del plan Dual Complete para pagar la atención que recibe. A esto se le llama “coordinación de beneficios” porque implica coordinar todos los beneficios de salud que estén a su disposición. Recibirá atención con cobertura de los proveedores de la red como de costumbre y otras coberturas que tenga sencillamente ayudarán a pagar la atención que usted reciba.

Si su otra cobertura es el pagador principal, a menudo saldrá su parte del pago directamente con nosotros y usted no tendrá que hacer nada. Sin embargo, si el pago que el pagador principal nos debe se lo envían directamente a usted, la ley de Medicare le exige que nos dé este pago primario a nosotros. Para obtener más información sobre los pagos primarios en situaciones de responsabilidad civil de terceros, consulte la Sección 16 de este capítulo, y para los pagos primarios en casos de compensación del trabajador, la Sección 18 de este capítulo.

Debe informarnos si tiene otra cobertura de atención médica y si se registra algún cambio en su cobertura adicional.

---

**SECCIÓN 9 Responsabilidad del empleador**

---

En el caso de servicios que la ley exige que se reciban de un empleador, no pagaremos al empleador por tales servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar un reembolso al empleador.

---

**SECCIÓN 10 Evidencia de Cobertura que obliga a los miembros**

---

Al escoger la cobertura o aceptar los beneficios de acuerdo con esta *Evidencia de Cobertura*, todos los miembros con capacidad legal para celebrar un contrato y los representantes legales de todos los miembros que no tengan dicha capacidad aceptan todas las disposiciones de esta *Evidencia de Cobertura*.

---

**SECCIÓN 11 Responsabilidad de agencias gubernamentales**

---

En el caso de los servicios que la ley exige que se reciban solo de una agencia gubernamental, no pagaremos a tal agencia por estos servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar a la agencia gubernamental un reembolso.

---

**SECCIÓN 12 Exención de responsabilidad de los miembros**

---

Nuestros contratos con los proveedores de la red especifican que usted no es responsable de ningún monto que nosotros debamos. Sin embargo, es responsable del costo de servicios no cubiertos que reciba de proveedores de la red o fuera de la red.

---

**SECCIÓN 13 Sin exención**

---

En caso de que no hagamos cumplir cualquiera de las disposiciones de esta *Evidencia de Cobertura*, ello no constituirá una renuncia a dicha disposición o a cualquier otra, ni perjudicará nuestro derecho posterior a exigir el cumplimiento estricto de las disposiciones por usted.

---

**SECCIÓN 14 Avisos**

---

Enviaremos nuestras notificaciones a la dirección más reciente que tengamos. Usted es responsable de notificarnos sobre cualquier cambio de dirección. Si cambia de domicilio, por favor llame lo antes posible a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) y al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) para reportar su nuevo lugar de residencia.

---

**SECCIÓN 15 Recuperación de pagos en exceso**

---

Nos reservamos el derecho de recuperar cualquier pago en exceso que realicemos por concepto de servicios de cualquiera que reciba este pago en exceso o de cualquier otra persona u organización obligada a pagar por los servicios.



---

## **SECCIÓN 16 Responsabilidad civil de terceros**

---

Tal como se establece en la Sección 7 del Capítulo 1, los terceros que le causen una lesión o enfermedad (o sus compañías de seguro médico) generalmente deben pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir esos pagos principales. Si recibe una compensación por acuerdo o dictamen judicial de parte o en nombre de un tercero que supuestamente le ocasionó una lesión o enfermedad para la que el plan le prestó servicios cubiertos, deberá asegurarse de que recibamos reembolso por dichos servicios.

**Nota:** Esta sección de “Responsabilidad civil de terceros” no afecta su obligación de pagar el costo compartido por estos servicios.

Según lo permita o exija la ley, debemos subrogar todos los reclamos, causas de acción y otros derechos que usted pueda tener contra un tercero o una compañía aseguradora, un programa del gobierno u otra fuente de cobertura para obtener resarcimiento monetario por daños, compensación o indemnización por la lesión o enfermedad supuestamente causada por un tercero. Estaremos subrogados a partir del momento que enviamos por correo o entregamos a usted o a su abogado una notificación por escrito de que hemos decidido hacer uso de esta opción.

Para proteger nuestros derechos, tendremos un derecho de retención y reembolso sobre las ganancias de cualquier acuerdo o dictamen judicial que usted o nosotros obtengamos en contra de un tercero en cualquier procedimiento o decisión, de otras clases de coberturas que incluyen, entre otras: responsabilidad civil, conductor sin seguro, conductor con un seguro insuficiente, protección personal, compensación del trabajador, lesión personal, pagos médicos y todos los demás tipos de partes que están directamente involucradas. Este dinero se aplicará en primer lugar para satisfacer nuestro derecho de retención, independientemente de si usted fue restituido y de que el monto total del dinero sea menor que los daños y perjuicios realmente sufridos. No estamos obligados a pagar honorarios de abogados ni ningún costo del abogado que usted haya contratado para tramitar su reclamo por daños y perjuicios. Si nos reembolsa sin que sea necesario iniciar una acción legal, le concederemos un descuento en el costo de adquisición. Si tenemos que emprender acciones legales para imponer los intereses, no habrá descuento en la adquisición.

**En un plazo de 30 días a partir de que haya presentado o interpuesto un reclamo o acción judicial contra un tercero, deberá enviar un aviso por escrito de este reclamo o acción judicial a:**

The Rawlings Company  
One Eden Parkway  
P.O. Box 2000  
LaGrange, KY 40031-2000  
Fax: 502-214-1137

A fin de que podamos determinar la existencia de cualquier derecho que podamos tener y ejercerlo, deberá completar y enviarnos todo consentimiento, 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 puede negarse a renunciar, ceder o reducir nuestros derechos bajo esta disposición sin nuestro consentimiento previo por escrito.

Si su heredero, padre o madre, tutor legal o conservador presentan un reclamo contra un tercero por una lesión o enfermedad, su heredero, padre o madre, tutor legal o conservador y cualquier acuerdo o sentencia favorable obtenido por cualquiera de ellos estarán sujetos a nuestros derechos de retención y otros derechos, de la misma forma que si hubiera sido usted quien presentara el reclamo contra el tercero. Podemos asignar nuestros derechos de retención y de otro tipo para ejercerlos.

---

## **SECCIÓN 17 Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos**

---

En el caso de los servicios para tratar condiciones asociadas con el servicio militar y que la ley exige que sean proporcionados por el Departamento de Asuntos de los Veteranos, no pagaremos a este departamento tales servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar un reembolso al departamento.

---

## **SECCIÓN 18 Beneficios por responsabilidad civil del empleador o compensación del trabajador**

---

Tal como se establece en la Sección 7 del Capítulo 1, la compensación del trabajador generalmente debe pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir pagos primarios según la ley de compensación del trabajador o a 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 al seguro de los trabajadores 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 los casos en que una miembro recibe una compensación monetaria para tener un embarazo subrogado, nuestro plan solicitará el reembolso de todos los Cargos del Plan correspondientes a los servicios cubiertos que reciba en relación con la concepción, el embarazo o el parto. Un acuerdo de embarazo por encargo de terceros es aquel en que una mujer accede a quedar embarazada y entregar el bebé a otra persona o personas que tienen la intención de criar al niño.

---

**SECCIÓN 20 Arbitraje obligatorio**

---

La siguiente descripción del arbitraje obligatorio se aplica a los siguientes miembros:

Todos los miembros que estén inscritos en un plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual con una fecha de vigencia anterior al 1 de enero de 2008; y

Todos los miembros que estén inscritos en un plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual con una fecha de vigencia anterior al 1 de enero de 2008 y que no hayan renunciado expresamente al proceso de arbitraje vinculante en un plazo de 60 días calendario desde su fecha de vigencia de Medicare Advantage.

Para todos los reclamos sujetos a la sección “Arbitraje obligatorio”, tanto los Demandantes como los Demandados renuncian a su derecho a un juicio por jurado o ante los tribunales, y aceptan recurrir al arbitraje obligatorio. En la medida en que esta sección de “Arbitraje obligatorio” sea aplicable a los reclamos presentados por las partes asociadas a Kaiser Permanente, habrá de aplicarse retroactivamente a todos los reclamos no resueltos que se acumulen antes de la fecha de vigencia de esta *Evidencia de Cobertura*. Tal aplicación retroactiva será obligatoria solo para las Partes de Kaiser Permanente.

**Alcance del arbitraje**

Las disputas habrán de someterse a un arbitraje vinculante si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- El reclamo surge de, o está relacionado con, una supuesta infracción de una obligación que conlleve, resulte de o esté relacionada con esta *Evidencia de Cobertura* o con una relación de una Parte asociada al miembro con Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (Health Plan), incluido todo reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo que indique que un producto o servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompetente), responsabilidad civil por los centros, o relacionada con la cobertura o prestación de servicios o productos, independientemente de las teorías jurídicas sobre las cuales se base el reclamo.
- El reclamo es afirmado por una o más Partes asociadas al miembro contra una o más Partes de Kaiser Permanente, o por una o más Partes de Kaiser Permanente contra una o más Partes asociadas al miembro.
- Las leyes vigentes no impiden el uso del arbitraje obligatorio para resolver el reclamo.

Los miembros inscritos en esta *Evidencia de Cobertura* renuncian a su derecho a un proceso con un jurado o un tribunal y aceptan el uso de un arbitraje obligatorio, excepto en el caso que los siguientes tipos de reclamos no estén sujetos al arbitraje obligatorio:

- Reclamos dentro de la jurisdicción del tribunal de demandas de menor cuantía.
- Reclamos sujetos al procedimiento de apelaciones de Medicare según corresponda a los miembros del plan Kaiser Permanente Dual Complete (consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre las apelaciones de Medicare).
- Reclamos que no pueden estar sujetos al arbitraje obligatorio según la legislación aplicable.

Como se indica en esta sección de “Arbitraje obligatorio”, las “Partes asociadas al miembro” incluyen a:

- Un miembro.
- Un heredero, familiar o representante personal del miembro.
- Cualquier persona que manifieste que surge una obligación para con dicha persona en virtud de la relación del miembro con una o más de las partes de Kaiser Permanente.

Las “partes de Kaiser Permanente” incluyen:

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
- Kaiser Foundation Hospitals.
- The Permanente Medical Group, Inc.
- Southern California Permanente Medical Group.
- The Permanente Federation, LLC.
- The Permanente Company, LLC.
- Cualquier médico de Southern California Permanente Medical Group o de The Permanente Medical Group.
- Cualquier persona u organización cuyo contrato con cualquiera de las organizaciones identificadas anteriormente requiera el arbitraje de reclamos que presentan una o más de las Partes asociadas al miembro.
- Cualquier empleado o agente de cualquiera de las organizaciones antes mencionadas.

“Demandante” se refiere a una Parte asociada al miembro o a Kaiser Permanente que presente un reclamo, como se describe arriba. “Demandado” se refiere a una Parte asociada al miembro o a Kaiser Permanente contra quien se presenta un reclamo, como se describe arriba.

## **Reglamento**

Los arbitrajes se realizarán de conformidad con las **Normativas de arbitrajes para miembros de Kaiser Permanente supervisados por la Oficina del Administrador Independiente** (“Reglas de procedimiento”) desarrolladas por la Oficina del Administrador Independiente en consulta con Kaiser Permanente y la Junta Consultiva de Arbitraje. Si desea obtener copias del Reglamento, llame a nuestro Servicio a los Miembros.

## **Cómo iniciar el arbitraje**

Los Demandantes deberán iniciar el arbitraje mediante la presentación de una petición de arbitraje. La Petición de Arbitraje deberá incluir las bases del reclamo contra los Demandados; el monto que solicitan los Demandantes en el arbitraje por daños y perjuicios; los nombres, direcciones y los números de teléfono de los Demandantes y su abogado, si lo hubiera; y los nombres de todos los Demandados. Los Demandantes deberán incluir en la petición de arbitraje todos los reclamos contra los Demandados sobre la base del mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas.

## **Notificación de la petición de arbitraje**

La Petición de arbitraje deberá notificarse ante Health Plan, Kaiser Foundation Hospitals, KP Cal, LLC, The Permanente Medical Group, Inc., Southern California Permanente Medical Group, The Permanente Federation, LLC y The Permanente Company, LLC por medio de correo dirigido al Demandado a la siguiente dirección:

**Miembros** del plan North P4:  
Kaiser Foundation Health Plan, Inc.  
Legal Department, Professional & Public Liability  
1 Kaiser Plaza, 19<sup>th</sup> Floor  
Oakland, CA 94612

**Miembros** del plan South P5:  
Kaiser Foundation Health Plan, Inc.  
Legal Department, Professional & Public Liability  
373 E. Walnut Street  
Pasadena, CA 91188

La notificación de ese demandado se considerará completa cuando se reciba. Cualquier otro Demandado, incluidos los particulares, deberá ser notificado de la manera establecida por el Código de Procedimiento Civil de California para una acción civil.

**Honorarios por arbitraje**

El Demandante deberá pagar un cargo único, no reembolsable, de \$150 por arbitraje, pagadero a la “Cuenta de arbitraje”, independientemente del número de reclamos presentados en la petición de arbitraje o del número de Demandantes o Demandados nombrados en la petición de arbitraje.

Cualquier Demandante que declare encontrarse en situación de suma penuria económica puede solicitar ante la Oficina del Administrador Independiente que se lo exonere del pago de los honorarios por arbitraje y del pago de los honorarios y gastos del árbitro imparcial. Un Demandante que intente obtener dichas exoneraciones deberá llenar el Formulario de Exoneración de Tarifas (Fee Waiver Form) y presentarlo en la Oficina del Administrador Independiente, al mismo tiempo que lo envía a las partes demandadas. El Formulario de exoneración de tarifas establece los criterios para la exoneración de tarifas y puede obtenerlo llamando a nuestro Servicio a los Miembros.

**Cantidad de árbitros**

El número de árbitros puede afectar la responsabilidad de los Demandantes de pagar los honorarios y los gastos del árbitro imparcial (consulte el Reglamento).

Si la Petición de Arbitraje intenta obtener el pago por daños por un total de \$200,000 o menos, la disputa deberá resolverse por medio de un solo árbitro imparcial, a menos que las partes acuerden por escrito, después de que surgió una disputa y se presentó una solicitud de arbitraje vinculante, que el arbitraje habrá de resolverse por dos árbitros representantes de las partes y un árbitro imparcial. El árbitro imparcial no tendrá autoridad para adjudicar una compensación monetaria por daños mayores a \$200,000.

Si la petición de arbitraje intenta obtener compensación monetaria por daños superiores a \$200,000, la disputa deberá ser resuelta y determinada por un árbitro imparcial y dos árbitros representantes de las partes interesadas, uno de ellos nombrado conjuntamente por todos los Demandantes y otro nombrado conjuntamente por todos los Demandados. Las partes que tengan derecho a elegir su árbitro representante pueden acordar renunciar a este derecho. Si todas las partes están de acuerdo, estos arbitrajes podrán ser resueltos por un solo árbitro imparcial.

**Pago de los honorarios y los gastos de los árbitros**

El Plan de Salud pagará los honorarios y los gastos del árbitro imparcial en ciertas condiciones según se describe en el Reglamento. En todos los otros arbitrajes, los honorarios y los gastos del árbitro imparcial serán pagados equitativamente por los Demandantes y los Demandados.

Si las partes optan por seleccionar sus propios árbitros, los Demandantes serán responsables del pago de los honorarios y los gastos de su propio árbitro, nombrado por ellos, y los Demandados serán responsables del pago de los honorarios y los gastos de su propio árbitro.

## **Costos**

A excepción de los honorarios y los gastos antes mencionados del árbitro imparcial y de lo estipulado en contrario por las leyes aplicables a los arbitrajes que se describen en esta sección “Arbitraje obligatorio”, cada una de las partes será responsable de pagar los honorarios de sus propios abogados, los honorarios de testigos y otros gastos sufragados en la acusación o la defensa que se haga en contra o a favor de un reclamo, independientemente de la naturaleza del reclamo o de los resultados del arbitraje.

## **Disposiciones generales**

Un reclamo deberá ser anulado y excluido para siempre si (1) en la fecha de la notificación de la Petición de arbitraje para el reclamo, en caso de que el reclamo haya sido afirmado en una acción civil, prescribiría para los Demandados notificados en virtud del estatuto aplicable de limitaciones, (2) los Demandantes no proceden con una diligencia razonable con el reclamo reclamación de arbitraje de conformidad con el Reglamento indicado en este documento o (3) la audiencia de arbitraje no comienza en un plazo de cinco años después de (a) la fecha de notificación de la Petición de arbitraje de acuerdo con los procedimientos establecidos en el presente documento, o (b) la fecha de presentación de una acción civil basada en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas con el reclamo, lo que ocurra primero. Un árbitro imparcial puede desestimar un reclamo por otras causas basándose en la presencia de motivos justificantes. Si una de las partes no asiste a la audiencia de arbitraje después de haber recibido la notificación correspondiente, el árbitro imparcial puede proceder a resolver la disputa en ausencia de dicha parte.

La Ley de Reforma de Indemnizaciones por Lesiones Médicas de California de 1975 (con sus enmiendas), incluidas las secciones que establecen el derecho de presentar pruebas de los pagos de seguros o de beneficios por incapacidad del paciente, la limitación de la recuperación por daños y perjuicios no económicos y el derecho de solicitar que una indemnización por daños y perjuicios futuros se ajuste a pagos periódicos, se aplicará a todo reclamo por negligencia profesional o cualquier otro reclamo, según lo permita o contemple la ley.

La sección “Arbitraje obligatorio”, la Sección 2 de la Ley Federal de Arbitraje y las disposiciones del Código Procesal Civil de California relativas al arbitraje que estén vigentes en el momento de la aplicación del estatuto, en combinación con el Reglas de procedimiento, habrán de regir los arbitrajes en la medida que no contradigan la sección “Arbitraje obligatorio”. De acuerdo con la norma que se aplica según las Secciones 3 y 4 de la Ley Federal de Arbitraje, el derecho a arbitraje de conformidad con la sección “Arbitraje obligatorio” no se rechazará, diferirá ni se evitará de ninguna otra manera a causa de que una disputa entre una parte del miembro y una parte de Kaiser Permanente involucre reclamos sujetos y no sujetos a arbitraje, o a causa de que una o más de las partes del arbitraje también sean una parte en un proceso judicial pendiente con un tercero que se desprenda de las mismas transacciones o de transacciones relacionadas y que implique la posibilidad de fallos o descubrimientos que pudieran estar en conflicto.

## Capítulo 12. Definición de términos importantes

**Asignación:** Monto específico que se acredita a un miembro por el costo de un concepto. Si el costo de los conceptos o servicios que elija es mayor que la asignación, usted pagará la diferencia, que no se aplica al gasto de bolsillo máximo anual.

**Centro de cirugía ambulatoria:** Un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de proporcionar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no requieren hospitalización y cuya permanencia esperada no supera las 24 horas.

**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.

**Período de beneficios:** La manera en la que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios de un centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que usted va a un hospital o a un centro de enfermería especializada y finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin que reciba atención para pacientes hospitalizados (o atención en un SNF). Si usted ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite de cantidad de periodos de beneficios que puede tener.

**Producto biológico:** Un medicamento recetado elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares (consulte también “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

**Biosimilar:** Un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de obtener una nueva receta médica (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

**Medicamento de marca:** Un medicamento recetado que fabrica y comercializa la compañía farmacéutica que lo investigó y desarrolló originalmente. Los medicamentos de marca tienen fórmulas con el mismo principio activo que la versión genérica. Sin embargo, otros fabricantes producen y venden los medicamentos genéricos, que en general, no están disponibles hasta que vence la patente del medicamento de marca.

**Etapas de Cobertura para Catástrofes:** La etapa de Beneficios de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) haya gastado \$2,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

**Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** Agencia federal que administra Medicare.



**Plan para necesidades especiales para la atención de afecciones crónicas:** Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles de MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o discapacitantes, según se define en el artículo 422.2 de la sección 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), incluida la restricción de inscripción en función de los múltiples grupos de afecciones clínicamente vinculadas y comorbilidades comunes especificadas en el artículo 422.4(a)(1)(iv) de la sección 42 del CFR.

**Coseguro:** Monto que posiblemente tenga que pagar como costo compartido por servicios o medicamentos recetados y después de pagar los deducibles, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %).

**Queja informal:** El nombre formal para presentar una queja informal es **interponer una queja formal**. El proceso de quejas informales se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye quejas si su plan no cumple los plazos en el proceso de apelación.

**Lista completa de medicamentos cubiertos (o Lista de Medicamentos):** Una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

**Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF):** Un centro de atención que proporciona principalmente servicios de rehabilitación tras una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla o del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno familiar.

**Coordinación de beneficios (COB):** La coordinación de beneficios es una cláusula que se usa para establecer el orden en que se pagan los reclamos cuando usted tiene otro seguro. Si tiene Medicare u otro seguro médico o cobertura, cada tipo de cobertura se denomina “pagador”. Cuando haya más de un pagador, habrá normas para la “coordinación de beneficios” que determinan cuál paga primero. El “pagador principal” paga lo que debe de sus facturas primero y luego envía el resto para que lo pague el “pagador secundario”. Sin embargo, si el pago que se nos deba se le envía directamente, la ley de Medicare le exige que usted nos pague. En algunos casos puede haber un tercer pagador. Para obtener más información consulte la Sección 7 del Capítulo 1 y la Sección 8 del Capítulo 11.

**Copago:** Un monto que se le puede pedir que pague como su parte del costo del servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. El copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10) y no un porcentaje.

**Costo compartido:** El monto que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen una combinación de cualquiera de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que un plan imponga antes de que empiece a cubrir sus medicamentos o servicios; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan requiera cuando recibe medicamentos o servicios específicos, o (3) cualquier monto de coseguro como porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio, que un plan requiere cuando recibe un medicamento o servicio específico. **Nota:** En algunos casos, es posible que no tenga que pagar todos los costos compartidos correspondientes al momento de recibir los servicios, situación en la le enviaremos más adelante una factura por el costo compartido. Por ejemplo, si recibe atención no preventiva durante una consulta de atención preventiva programada, es posible que después le enviemos su factura del costo compartido correspondiente a la atención no preventiva. Para los productos que solicite con antelación, usted cubre el costo compartido vigente el día de la orden (aunque no cubriremos el artículo a menos que usted todavía tenga cobertura en la fecha de entrega) y es posible que deba cubrir el costo compartido cuando ordene el artículo. 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.

**Nivel de costo compartido:** Todos los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos forman parte de uno de seis niveles de costo compartido. En general, entre más alto sea el nivel de costo compartido, más deberá pagar por el medicamento.

**Determinación de cobertura:** Una decisión acerca de si un medicamento recetado está cubierto en nuestro plan, y el monto, si lo hubiera, que usted debe pagar por ese medicamento. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que 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 sobre la cobertura en este documento.

**Medicamentos cubiertos:** El término que usamos para referirnos a los medicamentos recetados que tienen cobertura por parte de nuestro plan.

**Servicios cubiertos:** El término que usamos para referirnos a los suministros y servicios de atención para la salud que tienen cobertura a través de nuestro plan.

**Cobertura acreditable de medicamentos recetados:** Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para recibir Medicare normalmente pueden mantenerla sin pagar una multa en caso de que decidan posteriormente inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

**Atención de custodia:** La atención de custodia es la que se proporciona en un centro de adultos mayores, centro de cuidados paliativos u otro centro de atención cuando no se necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia que proporcionan personas que no tienen habilidades ni capacitación profesionales incluye ayudar con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o de una silla de ruedas, desplazarse y usar el baño. Además, puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

**Tarifa de costos compartidos diaria:** Es posible que se aplique una tarifa de costo compartido diaria cuando su médico le recete un suministro mensual de determinados medicamentos y se le pida a usted pagar un copago. La tarifa de costo compartido diaria es el copago dividido entre el número de días en un suministro mensual. El siguiente es un ejemplo: Si el copago para un suministro de 1 mes de un medicamento es de \$30 y si su plan define un mes como 30 días, entonces su “tarifa de costos compartidos diaria” es de \$1 diario.

**Deducible:** El monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados, antes de que pague nuestro plan.

**Desafiliarse o cancelación de la afiliación:** Proceso de finalización de su membresía en nuestro plan.

**Tarifa por entrega:** Tarifa impuesta cada vez que se surten medicamentos cubiertos para pagar el costo de surtir una receta médica, como, por ejemplo, el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y empaquetar el medicamento recetado.

**Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP):** Un tipo de plan que inscribe a las personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley de Seguridad Social) como a asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (Título XIX). Algunos estados cubren ciertos costos de Medicare, o todos, de acuerdo con la elegibilidad de la persona.

**Miembro con doble elegibilidad:** Una persona que reúne los requisitos para obtener cobertura de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).

**Equipo médico duradero (DME):** Determinado equipo médico que pide el médico por motivos médicos. Entre los ejemplos, se incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para personas con diabetes, bombas de infusión intravenosas, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que ordena un proveedor para su uso en el hogar.

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

**Atención de emergencia:** Servicios cubiertos que son: (1) proporcionados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y (2) necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

**Condición médica de emergencia:** Una condición médica o trastorno de salud mental que se manifiesta con síntomas agudos (incluido el dolor intenso) y de la que una persona no profesional prudente con conocimientos promedio de salud y medicina consideraría razonablemente que si no recibe atención médica inmediata podría causar:

- Riesgo grave para la salud de la persona o en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del bebé en gestación.
- Se podrían deteriorar de manera grave las funciones corporales.
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

**Evidencia de Cobertura (EOC) y entrega de información:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula añadida u otra cobertura opcional seleccionada, que explican cuál es su cobertura, qué debemos hacer, cuáles son sus derechos y también sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

**Excepción:** Un tipo de determinación de cobertura que, en caso de ser aprobada, le permite obtener un medicamento que no forma parte de nuestra lista de medicamentos cubiertos disponibles (una excepción a la lista de medicamentos cubiertos). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que anulemos los criterios de restricción (una excepción a la lista de medicamentos cubiertos).

**Medicamento excluido:** Un medicamento que no es un “medicamento cubierto de la Parte D”, según se define en el código 42 U.S.C., Sección 1395w-102(e).

**Beneficio Adicional:** Programa de Medicare que ayuda a las personas con bajos ingresos y pocos recursos a pagar los costos del programa para medicamentos recetados de Medicare, tales como las primas, los deducibles y el coseguro.

**Medicamento genérico:** Un medicamento recetado que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) como producto que incluye los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos “genéricos” son tan eficaces como los medicamentos de marca y, por lo general, cuestan menos.

**Queja formal:** Un tipo de queja informal que presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, y que incluye una queja informal sobre la calidad de la atención que recibe. Esta queja no abarca disputas sobre pagos ni cobertura.

**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 (p. ej., bañarse, usar el inodoro, vestirse o hacer los ejercicios indicados por el médico).

**Atención médica a domicilio:** Atención de enfermería especializada y otros servicios de atención para la salud que usted recibe en casa para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos se incluyen en el Cuadro de Beneficios Médicos de la Sección 2 del Capítulo 4. Cubrimos la atención médica a domicilio de acuerdo con las pautas de Medicare. La atención médica a domicilio puede incluir los servicios de un auxiliar de salud a domicilio si los servicios forman parte del plan de salud domiciliar para su enfermedad o lesión. Estos no están cubiertos a menos que también se le proporcione un servicio especializado cubierto. Los servicios de atención a domicilio no incluyen los servicios de limpieza, servicios de alimentos ni atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.

**Cuidados paliativos:** Beneficio que brinda tratamiento especial para un miembro certificado médicamente como paciente terminal. lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si desea elegir cuidados paliativos y continuar pagando primas, aún es miembro de su plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios como así también los beneficios adicionales que ofrecemos.

**Hospitalización de pacientes hospitalizados:** Una hospitalización es cuando se le admite formalmente en el hospital para que reciba servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún pueda considerarse un “paciente ambulatorio”.

**Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA):** Si su ingreso bruto ajustado y modificado como se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de un cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA). El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Puesto que menos de 5 % de las personas que tienen Medicare se ven afectadas por este ajuste, la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

**Etapas de Cobertura Inicial:** Esta es la etapa antes de que sus gastos de bolsillo para el año hayan alcanzado el monto límite de desembolso personal.

**Período de inscripción inicial:** Cuando usted reúne los requisitos para participar en Medicare por primera vez; es el período en el que puede inscribirse a Medicare Parte A y Parte B. Si reúne los requisitos para participar en Medicare al cumplir los 65 años de edad, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que inicia 3 meses antes del mes en el que usted cumpla 65 años, incluido el mes en el que cumpla 65 años, y termina 3 meses después del mes en el que cumpla 65 años.

**D-SNP integrado:** Un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o la totalidad de los servicios de Medicaid en virtud de un único plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se conocen como personas con doble elegibilidad y beneficios completos.

**Atención de paciente hospitalizado:** Atención médica que recibe durante la hospitalización en un hospital general de atención de problemas médicos agudos.

**Plan institucional de necesidades especiales (SNP):** Un plan en el que pueden inscribirse los miembros que reúnen los requisitos y residen constantemente o que se espera que residan constantemente, durante 90 días o más, en una instalación de cuidados a largo plazo (LTC). Estos centros incluyen un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados, o centros aprobados por CMS que brinden servicios de atención médica a largo plazo similares, que tengan cobertura de Medicare Parte A, Medicare Parte B o Medicaid; y cuyos residentes tengan necesidades y un estado de salud similares a los otros tipos de centros mencionados. Un plan de necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con los centros de cuidados a largo plazo específicos (o tener en propiedad uno y administrarlo).

**Plan institucional equivalente a un plan de necesidades especiales (SNP):** Un plan en el que pueden inscribirse los miembros que reúnen los requisitos y residen en la comunidad pero que necesitan recibir atención de nivel institucional sobre la base de la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante la herramienta de evaluación del mismo nivel de atención del estado y debe ser administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción a miembros que residan en un centro de atención con servicios de vida asistida (ALF) que tenga un contrato con el plan, si fuera necesario, para garantizar que se proporcione atención especializada de manera uniforme.

**Biosimilar intercambiable:** Un biosimilar que puede usarse para sustituir un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta médica, ya que cumple con requisitos adicionales relacionados con el potencial para sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

**Kaiser Foundation Health Plan (Health Plan):** Kaiser Foundation Health Plan, Inc., es una corporación sin fines de lucro y una organización de Medicare Advantage. En la *Evidencia de Cobertura* a veces se hace referencia a Health Plan como “nosotros” o “nos”.

**Kaiser Foundation Hospital:** Un hospital de la red que es propiedad de Kaiser Foundation Hospitals y está administrado por este grupo.

**Kaiser Permanente:** Health Plan, Medical Group y Kaiser Foundation Hospitals.

**Kaiser Permanente Region (Región):** Una organización de Kaiser Foundation Health Plan que administra un programa de servicio directo de atención médica. Cuando se encuentra fuera de nuestra área de servicio, puede recibir la atención médica necesaria desde el punto de vista médico y atención continua para condiciones crónicas de parte de proveedores designados en otra área de servicio de la región de Kaiser Permanente. Consulte más información en la Sección 2.4 del Capítulo 3.

**Hospital de cuidados a largo plazo:** Un hospital de cuidados intensivos certificado por Medicare en el que generalmente se ofrecen servicios cubiertos por Medicare, como rehabilitación integral, terapia respiratoria, tratamientos de traumatismo de cráneo y control del dolor. No son centros de cuidados a largo plazo como los centros de atención para pacientes convalecientes o con servicios de vida asistida.

**Subsidio para bajos ingresos (LIS):** Ver “Beneficio Adicional”.

**Programa de descuentos del fabricante:** Un programa según el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo completo del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos de la Parte D cubiertos. Los descuentos se basan en los acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

**Monto de gastos máximos de bolsillo:** Lo máximo que usted paga de bolsillo durante el año calendario por los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por nuestras primas, 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. (Nota: Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos miembros llegan a alcanzar este gasto máximo de bolsillo).

**Medicaid (o asistencia médica):** Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid estatales pueden variar, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid.

**Servicios o atención médica:** Servicios de atención médica o artículos. Algunos ejemplos de artículos de atención médica incluyen equipo médico duradero, anteojos y medicamentos que cubren la Medicare Parte A o Parte B, pero no los medicamentos que cubre Medicare Parte D.

**Medical Group:** Es la red de proveedores del plan, que tienen un contrato con nuestro plan para proporcionarle los servicios cubiertos. El nombre de nuestros dos grupos médicos son The Permanente Medical Group, Inc., una corporación profesional con fines de lucro, y Southern California Permanente Medical Group, una asociación profesional con fines de lucro.

**Indicación medicamento aceptada:** Uso de un medicamento que ha aprobado la Administración de Alimentos y Medicamentos o está respaldada por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de Información sobre Medicamentos de la Lista de medicamentos cubiertos para Hospitales de Estados Unidos y el Sistema de Información DRUGDEX.

**Necesario desde el punto de vista médico:** Servicios, artículos o medicamentos que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica y que reúnen los estándares aceptados de la práctica médica.

**Medicare:** Programa federal de seguro para personas mayores de 65 años, para algunas personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y para personas que padecen enfermedad renal en fase terminal (generalmente, las que tienen insuficiencia renal permanente o que necesitan diálisis o trasplante de riñón).

**Período de inscripción abierta de Medicare Advantage:** El período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, durante el cual los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este periodo, también puede inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage también está disponible por un periodo de 3 meses después de que una persona resulta elegible para Medicare por primera vez.

**Plan Medicare Advantage (MA):** Llamado en ocasiones Medicare Parte C, es un plan que ofrece una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan de Medicare Advantage puede ser: i) un plan de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO), ii) una organización de proveedores preferidos (PPO), iii) un plan de pago por servicio privado (PFFS) o iv) un plan cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir el tipo de plan, un plan de Medicare Advantage de una HMO o PPO también puede ser un plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura para medicamentos de venta con receta). Estos planes se llaman **Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

**Servicios cubiertos por Medicare:** Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que cubren Medicare Parte A y Medicare Parte B. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, tales como los artículos de la visión, dentales o audífonos, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

**Medicare Health Plan:** Un plan de salud de Medicare es un plan que ofrece una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriban en el plan. El término incluye todos los planes de Medicare Advantage, planes de Medicare Cost, planes de necesidades especiales, programas de demostración o piloto, y Programas de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (PACE).

**Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D):** Seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos artículos para pacientes ambulatorios que no cubre Medicare Parte A o Parte B.

**Medigap (seguro adicional de Medicare):** Seguro adicional de Medicare que venden las compañías privadas de seguros para llenar los “espacios” de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

**Miembro (miembro de nuestro plan o Miembro del Plan):** Una persona con Medicare que reúne los requisitos para obtener los servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**Servicio a los Miembros:** Un departamento de nuestro plan que tiene como responsabilidad responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.



**Farmacia de la red:** Farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, solo se cubren sus recetas médicas si se surten en una de las farmacias de la red.

**Médico de la red:** Cualquier médico certificado que sea empleado o socio del Medical Group o cualquier médico certificado que se contrata para prestar servicios a nuestros miembros (excepto los médicos que se contratan solo para brindar servicios por referencia).

**Proveedor de la red:** **Proveedor** es el término general para designar a los médicos, otros profesionales de atención médica (incluidos, entre otros, asistentes médicos, enfermeros con práctica médica y enfermeros), hospitales y otros centros de atención médica que están acreditados o certificados por Medicare y el estado para proporcionar servicios de atención médica. **Los proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como la totalidad del pago por los servicios prestados y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. A los proveedores de la red también se les llama “proveedores del plan”.

**Determinación de la organización:** Determinación de nuestro plan cuando decide si los conceptos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los conceptos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman decisiones sobre la cobertura en este documento.

**Producto biológico original:** Un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos y sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

**Original Medicare (Medicare Tradicional o Medicare con Pago por servicio):** El gobierno ofrece Original Medicare y no un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En el caso de Original Medicare, los servicios de Medicare tienen cobertura mediante los pagos que reciben los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica según lo establece el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico) y está disponible en todo el territorio de Estados Unidos.

**Farmacia fuera de la red:** Farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

**Proveedor fuera de la red o centro de atención fuera de la red:** Un proveedor o centro de atención que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que nuestro plan no emplea, posee u opera.

**Gastos de bolsillo:** Consulte la definición de costo compartido proporcionada anteriormente. También se hace referencia como gastos de bolsillo del miembro al requisito de **costo compartido** que un miembro debe pagar por una parte de los servicios o medicamentos que recibe.

**Límite de gastos de bolsillo:** El gasto máximo que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

**Plan PACE:** Un plan del Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (PACE) combina servicios y apoyos médicos, sociales y largo plazo (LTSS) para las personas cuyo estado de salud es delicado, con el objetivo de ayudar a las personas a ser independientes en su comunidad (en lugar de mudarse a un centro de adultos mayores y personas con discapacidad) durante el tiempo que sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto los beneficios de Medicare como de Medicaid a través del plan.

**Parte C:** Consulte Plan de Medicare Advantage (MA).

**Parte D:** Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

**Medicamentos de la Parte D:** Medicamentos que la Parte D puede cubrir. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Todos los planes deben cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

**Penalización por inscripción tardía en la Parte D:** Un monto que se agrega a su prima mensual de la cobertura de Medicare para medicamentos si usted se queda sin cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más luego de que resulta elegible por primera vez para ingresar a un plan de la Parte D. Si ya no recibe “Beneficio Adicional”, podría estar sujeto a la penalización por inscripción tardía si deja de tener la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más.

**Plan:** Kaiser Permanente Dual Complete.

**Cargos del Plan:** Cargos del Plan se refiere a lo siguiente:

- En el caso de los servicios prestados por el grupo médico o Kaiser Foundation Hospitals, los cargos en el calendario del plan de salud del grupo médico y los cargos de Kaiser Foundation Hospitals por servicios prestados a los miembros.
- En el caso de los servicios por los que se paga por cápita a un proveedor (excepto Medical Group o Kaiser Foundation Hospitals), los cargos del cronograma de cargos que Kaiser Permanente negocia con el proveedor al que se paga per cápita.
- En el caso de los artículos obtenidos en una farmacia que sea propiedad y esté dirigida por Kaiser Permanente, la cantidad que la farmacia cobraría al miembro por un artículo no cubierto en su plan de beneficios (este monto es un estimado que comprende lo siguiente: los costos por la compra, el almacenamiento y la dispensación de medicamentos, los costos directos e indirectos de brindar a los Miembros los servicios de farmacia de Kaiser Permanente y la contribución del programa de farmacia a los requisitos de ingresos netos del Health Plan).

- Los cargos por cualquier otro servicio, los pagos que realiza Kaiser Permanente por los servicios o, si Kaiser Permanente resta los costos compartidos de sus pagos, el monto que Kaiser Permanente debería haber pagado si no hubiera restado los costos compartidos.

**Atención de postestabilización:** Servicios necesarios desde el punto de vista médico relacionados con su condición médica de emergencia y que usted recibe después de que su médico tratante determina que la afección es clínicamente estable. Se lo considera clínicamente estable cuando el médico tratante cree, dentro de probabilidades médicas razonables y de acuerdo con normas médicas reconocidas, que se le puede dar de alta o trasladar sin peligro, y que no se espera que su afección empeore significativamente durante o después del proceso de alta o de traslado.

**Plan de la Organización de proveedores preferidos (PPO):** Plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que acordaron tratar a los miembros del plan por un pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea por medio de proveedores de la red o que no pertenecen a la red. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más altos cuando reciban los beneficios del plan de proveedores que no pertenecen a la red. Los planes de PPO tienen un límite anual en los gastos de bolsillo por servicios que se reciben de proveedores (preferidos) de la red y un límite más elevado en los gastos de bolsillo combinados totales por servicios de proveedores (preferidos) de la red y (no preferidos) que no pertenecen a la red.

**Prima:** Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para la cobertura de atención médica y medicamentos recetados.

**Proveedor de atención primaria (PCP):** El médico u otro proveedor al que usted consulta primero por problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier proveedor de atención médica.

**Autorización previa:** Aprobación con antelación para recibir servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa se especifican en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4 y se describen en la Sección 2.3 del Capítulo 3. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa se detallan en la lista de medicamentos cubiertos y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

**Prótesis y ortopedia:** Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello, extremidades artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, lo que incluye suministros para ostomía y urología, y terapia nutricional entérica y parenteral.

**Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO):** Un grupo de médicos y otros expertos de atención médica que trabajan para el gobierno federal para supervisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

**Herramienta de beneficios en tiempo real:** Un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica del inscrito sobre la lista de medicamentos cubiertos y los beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos de la lista de medicamentos cubiertos que se pueden usar para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (Autorización previa, Terapia escalonada, Límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

**Servicios de Rehabilitación:** Estos servicios incluyen la fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

**Área de servicio:** Un área geográfica donde debe vivir para inscribirse a un plan de salud particular. En el caso de los planes que restringen los médicos y hospitales que puede usar, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (servicios que no son de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su membresía si usted se muda permanentemente fuera de nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio se describe en la Sección 2.3 del Capítulo 1. Para cumplir con los objetivos relacionados con primas, costos compartidos, inscripciones y cancelación de la afiliación, hay varios planes Kaiser Permanente Dual Complete en nuestra área de servicio de la región, que se describen en la *Evidencia de Cobertura*. Sin embargo, para obtener los servicios cubiertos, recibe atención de proveedores de la red en cualquier lugar de nuestra área de servicio de la región.

**Servicios:** Artículos o servicios de atención para la salud.

**Atención en un centro de enfermería especializada (SNF):** Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados diariamente y de manera continua en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de servicios incluyen la fisioterapia e inyecciones intravenosas que solo pueden administrar una enfermera titulada o un médico.

**Plan para necesidades especiales:** Tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona atención médica más especializada para grupos específicos de personas, tales como las que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un centro de adultos mayores o que tienen determinadas condiciones médicas crónicas.

**Ingresos adicionales del Seguro Social (SSI):** Beneficio mensual que el Seguro Social paga a personas de bajos ingresos y recursos limitados con discapacidad, están ciegas o de 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

**Servicios necesarios con urgencia:** Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o no sea razonable debido a su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red con quienes nuestro plan tiene contratos. Ejemplos de servicios de urgencia que son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina a proveedores médicamente necesarias, tal como los exámenes médicos anuales, no se consideran de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red del plan no se encuentra disponible temporalmente.

## Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente<sup>1</sup> cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales.

Kaiser Permanente no discrimina ilícitamente, excluye ni trata a ninguna persona de forma distinta por motivos de edad, raza, identificación de grupo étnico, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, condición médica, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

- Ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse mejor con nosotros, tales como:
  - ◆ intérpretes calificados de lengua de señas,
  - ◆ información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas sin costo para las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
  - ◆ intérpretes calificados,
  - ◆ información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita.

- Todos los miembros: **1-800-788-0616 (TTY 711)**

Al presentar una solicitud, este documento estará disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

### Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante Kaiser Permanente si siente que no le hemos proporcionado estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Puede presentar una queja por teléfono, correo postal, en persona o en línea. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede llamar a Servicio a los Miembros para informarse sobre las opciones que se apliquen a su caso o si necesita ayuda para presentar una queja. Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** todos los miembros pueden llamar al **1 800-788-0616 (TTY 711)**. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).
- **Por correo postal:** descargue un formulario en **kp.org** o llame a Servicio a los Miembros y pida que se le envíe un formulario para que lo devuelva.
- **En persona:** llene un formulario de Queja o reclamación/solicitud de beneficios (Complaint or Benefit Claim/Request form) en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un

---

<sup>1</sup> Kaiser Permanente incluye Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, y el Southern California Medical Group

centro del plan (consulte su directorio de proveedores en [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).

- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en **kp.org**.

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

**Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator**  
Member Relations Grievance Operations  
P.O. Box 939001  
San Diego CA 92193

### **Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California** *(Solo para beneficiarios de Medi-Cal)*

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370 (TTY 711)**.

- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de queja están disponibles en:

**[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)**.

- **En línea:** envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

### **Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.**

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019 (TTY 711 o al 1-800-537-7697)**.

- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

Los formularios de quejas están disponibles en

**<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>**

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en: **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**.

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-443-0815** (TTY **711**). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-443-0815** (TTY **711**). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-443-0815** (TTY **711**). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-443-0815** (TTY **711**). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.



**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-443-0815 (TTY 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-443-0815 (TTY 711)** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-443-0815 (TTY 711)** にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

## Language Assistance Services

**English:** Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, or materials translated into your language or alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Call our Member Service Contact Center for help, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- All others: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

**Arabic:** خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغةك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقتنا. اتصل مع مركز اتصال خدمة الأعضاء لدينا، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع (العطلات مغلق).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- جميع الآخرين: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

**Armenian:** Ձեզ կարող է անվճար լեզվական աջակցություն տրամադրվել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Օգնության համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման կապի կենտրոն օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է):

- Medi-Cal` **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Այլ` **1-800-464-4000 (TTY 711)**

**Chinese:** 我们每周 7 天，每天 24 小时免费提供语言帮助。您可以要求提供口译员、或将材料翻译为您所用语言或其他格式。您还可以在我们的设施中要求使用辅助工具和设备。请打电话给我们的会员服务联络中心，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（节假日除外）。

- 所有会员: **1-800-757-7585 (TTY 711)**

**Farsi:** خدمات زبانی در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته به صورت رایگان در اختیار شماست. می‌توانید خدمات مترجم شفاهی، یا ترجمه مدارک به زبان خود یا به فرمت‌های دیگر را درخواست کنید. همچنین می‌توانید دستگاه‌ها و کمک‌های دیگر را در مراکز ما درخواست نمایید. برای دریافت کمک، در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته (به جز تعطیلات) با مرکز تماس خدمات اعضای ما تماس بگیرید.

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- سایر: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

**Hindi:** बिना किसी लागत के भाषा सहायता, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप दुभाषिये की सेवाओं के लिए, या बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों का अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। सहायता के लिए हमारी सदस्य सेवाओं के सम्पर्क केंद्र को, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें।

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- बाकी दूसरे: **1-800-464-4000** (TTY 711)

**Hmong:** Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev tuaj ib hnub twg, 7 hnub tuaj ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntawv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Hu rau peb Qhov Chaw Pab Cov Tswv Cuab 24 teev tuaj ib hnub twg, 7 hnub tuaj ib lim tiam twg (cov hnub caiv kaw).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- Dua lwm cov: **1-800-464-4000** (TTY 711)

**Japanese:** 多言語による情報支援を無料で24時間年中無休でご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは別の形式による資料もご所望いただけます。また、当施設における補助的な支援や機器についてもご所望いただけます。お気軽にご連絡ください（祝祭日を除き24時間週7日）。

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- その他のご連絡先: **1-800-464-4000** (TTY 711)

**Khmer (Cambodian):** ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែ ឬឯកសារដែលបានបកប្រែ ជាភាសាខ្មែរ ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយ ទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ ទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌល ទំនាក់ទំនងសេវាកម្មសមាជិករបស់យើងសម្រាប់ជំនួយ24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (ថ្ងៃឈប់សម្រាកបិទ)។

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- ផ្សេងទៀតទាំងអស់: **1-800-464-4000** (TTY 711)

**Korean:** 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스 또는 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 저희 가입자 서비스 연락 센터에 주 7 일, 하루 24 시간(공휴일 휴무) 전화하셔서 도움을 받으십시오.

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- 기타 모든 경우: **1-800-464-4000** (TTY 711)

**Laotian:** ມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍບໍລິການຜູ້ແປພາສາ ຫຼື ເອກະສານທີ່ແປບັນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນໄດ້. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ເຄື່ອງມືຢູ່ສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ໂທຫາສູນຕິດຕໍ່ບໍລິການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດໃນວັນພັກ).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- ອື່ນໆທັງໝົດ: **1-800-464-4000** (TTY 711)

**Mien:** Mbenc nzoih liouh wangv-henh tengx nzie faan waac bun muangx meih maiv cingv, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx faan benx meih nyei waac bun muangx, a'fai zoux benx nyungc horngh jaa-sic zoux benx meih nyei waac. Meih corc haih tov tengx nyungc horngh jaa-dorngx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Beiv hnavgv qiemx zuqc longc mienh nzie weih nor douc waac lorx taux yie mbuo ziux goux baengc mienh nyei gorn zangc, yietc hnoi tengx duqv 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix tengx duqv 7 hnoi (simv cuotv gingc nyei hnoi se guon oc).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- Yietc zungv da'nyeic deix: **1-800-464-4000** (TTY 711)

**Navajo:** Díí hózhó nízhoní bee hane' dóó jíik'ah jóní dooníwo'. Ndik'é yádi naaltsoos bee haz'áanii bee hane' dóó yádi nihookaa dóó nádaáhágíí yádi nihookaa. Shí éí bee háidínii bíbee' haz'áanii dóó bee t'ah kodí bízikinii wo'da'gi doolyé. Ahéhee' bik'ehgo nohólqon'ígíí, 24 t'áádawońíí, 7 t'áádawońíigo (t'áadoo t'áálwo').

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- Yadilzingo bílk'ehgo bee: **1-800-464-4000** (TTY 711)

**Punjabi:** ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ, ਜਾਂ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਡੀ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਕਾਲ ਕਰੋ।

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- ਹੋਰ ਸਾਰੇ: **1-800-464-4000** (TTY 711)

**Russian:** Языковая помощь доступна для вас бесплатно круглосуточно, ежедневно. Вы можете запросить услуги переводчика или материалы, переведенные на ваш язык или в альтернативные форматы. Вы также можете заказать вспомогательные средства и приспособления. Для получения помощи позвоните в наш центр обслуживания участников ежедневно, круглосуточно (кроме праздничных дней).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (линия ТTY 711)
- Все остальные: **1-800-464-4000** (линия ТTY 711)

**Spanish:** Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Usted puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para recibir ayuda 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos).

- Para todos los demás: **1-800-788-0616 (TTY 711)**

**Tagalog:** May magagamit na tulong sa wika nang wala kayong babayaran, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Maaari kayong humiling ng mga serbisyo ng interpreter, o mga babasahin na isinalin sa inyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari rin kayong humiling ng mga pantulong na gamit at device sa aming mga pasilidad. Tawagan ang aming Center sa Pakikipag-ugnayan ng Serbisyo sa Miyembro para sa tulong, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (sarado sa mga pista opisyal).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Lahat ng iba pa: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

**Thai:** มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยคุณสามารถขอใช้บริการล่าม บริการแปลเอกสารเป็นภาษาของคุณหรือในรูปแบบอื่นๆ ได้ คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการของเราโดยโทรหาเราที่ศูนย์ติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกของเราเพื่อขอความช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน (ปิดทำการในช่วงวันหยุด)

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- ที่อื่นๆทั้งหมด: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

**Ukrainian:** Послуги перекладача надаються безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви можете зробити запит на послуги усного перекладача або отримання матеріалів у перекладі мовою, якою володієте, чи в альтернативних форматах. Також ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Телефонуйте в наш контактний центр для обслуговування клієнтів цілодобово, 7 днів на тиждень (крім святкових днів).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Усі інші: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

**Vietnamese:** Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được cung cấp miễn phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, hoặc tài liệu được dịch ra ngôn ngữ của quý vị hoặc nhiều hình thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Gọi cho Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi để được trợ giúp, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Mọi chương trình khác: **1-800-464-4000 (TTY 711)**



## Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente Dual Complete

Método	Servicio a los Miembros: Información de contacto
<b>LLAMADAS</b>	1-800-443-0815 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	<b>711</b> Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
<b>CORREO POSTAL</b>	Su oficina local de Servicio a los miembros (consulte el <i>Directorio de Proveedores</i> para obtener ubicaciones).
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://kp.org">kp.org</a>

## Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico

El Programa de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos locales a personas que tienen Medicare. Consulte más información sobre SHIP en la Sección 3 del Capítulo 2.

**Declaración de revelación de la PRA:** Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995, ninguna persona está obligada a responder una solicitud de información, a menos que incluya un número válido de control de la OMB (Office of Management and Budget, Oficina de Administración y Presupuesto). El número de control de la OMB válido para esta solicitud de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.