

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de Cobertura de 2026:

Sus servicios y beneficios de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos como miembro del plan Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO)

Este documento brinda detalles de su cobertura de salud y medicamentos de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

En este documento se le explican sus beneficios y derechos. Utilice el documento para comprender lo siguiente:

- Nuestra prima y el costo compartido de su plan
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja informal si no está satisfecho con el servicio o el tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Kaiser Permanente Senior Advantage Standard, es ofrecido por Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc. (Plan de Salud). Cuando esta *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)*, dice “nosotros” o “nuestro(a)”, o sus equivalentes, se refieren al Plan de salud. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Kaiser Permanente Senior Advantage Standard.

Este documento está disponible en braille, letra grande, audio o en CD de datos; si necesita uno de estos formatos, llame a Servicio a los Miembros.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, red de farmacias y/o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de antelación.

Índice**Índice**

CAPÍTULO 1:	Introducción para miembros	5
SECCIÓN 1	Usted es miembro del plan Kaiser Permanente Senior Advantage Standard Estándar	5
SECCIÓN 2	Requisitos de elegibilidad del plan	5
SECCIÓN 3	Materiales importantes de membresía	6
SECCIÓN 4	Resumen de costos importantes	8
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima del plan mensual	13
SECCIÓN 6	Mantener actualizada la información de membresía del plan.....	15
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	16
CAPÍTULO 2:	Números de teléfono y recursos	18
SECCIÓN 1	Contactos de Kaiser Permanente Senior Advantage.....	18
SECCIÓN 2	Cómo obtener ayuda de Medicare	21
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico (SHIP)	22
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)	23
SECCIÓN 5	SeguroSocial.....	24
SECCIÓN 6	Medicaid.....	24
SECCIÓN 7	Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	26
SECCIÓN 8	Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios (RRB)	28
SECCIÓN 9	Si tiene seguro de grupo u otro seguro proporcionado por un empleador	29
CAPÍTULO 3:	Cómo usar la cobertura de nuestro plan para sus servicios médicos.....	30
SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	30
SECCIÓN 2	Obtenga la atención médica que necesita de los proveedores de la red de nuestro plan	32
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención	37
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos?	39
SECCIÓN 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	40
SECCIÓN 6	Reglas para recibir atención cubierta en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud	41
SECCIÓN 7	Reglas para obtener la propiedad del equipo médico duradero.....	42

Índice

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.....	180
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.....	185
CAPÍTULO 9:	Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)	187
SECCIÓN 1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....	187
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada	187
SECCIÓN 3	Qué proceso utilizar para su problema.....	188
SECCIÓN 4	Guía sobre apelaciones y decisiones de cobertura	188
SECCIÓN 5	Atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación	191
SECCIÓN 6	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una.....	199
SECCIÓN 7	Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más larga si.....	209
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura termina demasiado pronto.....	214
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5	218
SECCIÓN 10	Cómo presentar quejas informales sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, Servicio al Cliente y otros temas	221
CAPÍTULO 10:	Cancelación de la membresía en nuestro plan	225
SECCIÓN 1	Cancelación de la membresía en nuestro plan.....	225
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	225
SECCIÓN 3	Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.....	228
SECCIÓN 4	Hasta el momento en que finalice su membresía, usted debe seguir obteniendo sus servicios médicos por medio de nuestro plan	229
SECCIÓN 5	En ciertas situaciones, debemos cancelar su membresía en nuestro plan	229
CAPÍTULO 11	Notificaciones legales	231
SECCIÓN 1	Aviso sobre la legislación vigente	231
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación	231
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación de los Pagadores Secundarios de Medicare.....	231
SECCIÓN 5	Solicitudes y declaraciones	232
SECCIÓN 6	Asignación.....	232
SECCIÓN 7	Honorarios y gastos de abogados y defensores	232

Índice

SECCIÓN 8	Coordinación de beneficios	232
SECCIÓN 9	Responsabilidad del empleador	233
SECCIÓN 11	Responsabilidad de agencias gubernamentales.....	233
SECCIÓN 12	Exención de responsabilidad de los miembros	233
SECCIÓN 13	Sin exención	233
SECCIÓN 14	Avisos	233
SECCIÓN 15	Recuperación de pagos en exceso	233
SECCIÓN 16	Responsabilidad civil de terceros	234
SECCIÓN 17	Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos.....	235
SECCIÓN 18	Beneficios por responsabilidad civil del empleador o compensación del trabajador	235
SECCIÓN 19	Embarazo por encargo de terceros	235
CAPÍTULO 12:	Definiciones.....	236

CAPÍTULO 1:

Introducción para miembros

SECCIÓN 1 Usted es miembro del plan Kaiser Permanente Senior Advantage Standard Estándar

Sección 1.1 Usted está inscrito en Kaiser Permanente Senior Advantage Choice DM, que es una Organización para el mantenimiento de la salud de Medicare (HMO)

Usted tiene cobertura de Medicare y ha decidido obtener su cobertura de atención médica de Medicare y de medicamentos por medio de nuestro plan, Kaiser Permanente Senior Advantage Standard. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a proveedores de este plan difieren del de Medicare Original.

Kaiser Permanente Senior Advantage Standard es un Plan de la HMO de Medicare Advantage (HMO, Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 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, el *Formulario Integral 2026* y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estas notificaciones, en ocasiones, se llaman *cláusulas o enmiendas*.

El contrato tendrá vigencia durante los meses en los que usted esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

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 2026. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2026.

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 ofreciéndolo y Medicare renueve la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Ustedes elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que cumpla con todas estas condiciones:

Capítulo 1 Introducción para miembros

- Tiene tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B.
- Vive en nuestra área de servicio geográfica (se describe en la Sección 2.2). Si ha sido miembro de nuestro plan en forma ininterrumpida desde antes de enero de 1999 y estuvo viviendo fuera de nuestra área de servicio antes de enero 1999, todavía es elegible, siempre y cuando no se haya mudado desde antes de enero de 1999. Las personas que están encarceladas no se consideran residentes en el área de servicio geográfica, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Es ciudadano de los Estados Unidos o tiene presencia legal en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Área de servicio del plan Kaiser Permanente Senior Advantage Standard

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 viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación:

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del estado de Georgia: Cherokee, Clayton, Cobb, Coweta, DeKalb, Douglas, Fayette, Forsyth, Fulton, Gwinnett y Henry.

Si usted se muda a un domicilio que está fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede continuar siendo miembro de este plan. Llame al Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se muda, tendrá un período de inscripción especial para cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante llamar al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 2.3 Ciudadano de los Estados Unidos o presencia legal

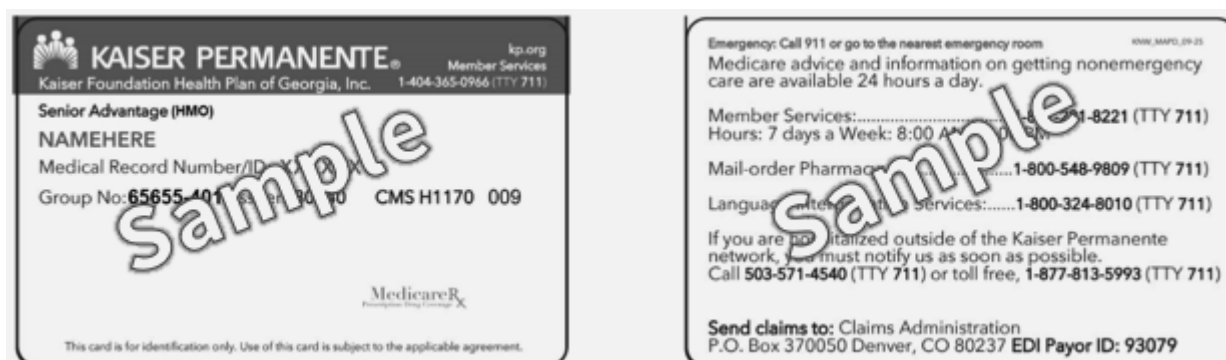
Los miembros de los planes de salud Medicare deben ser ciudadanos o residentes legales de los Estados Unidos. Medicare (los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid) nos notificará si usted no reúne los requisitos para seguir siendo un miembro por este motivo. Debemos cancelar su afiliación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

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Use su tarjeta de membresía siempre que reciba un servicio cubierto por nuestro plan y para comprar medicamentos recetados en las farmacias de la red. También deberá mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de membresía del plan:

Capítulo 1 Introducción para miembros



Durante el tiempo que sea miembro de este plan NO puede usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener servicios médicos. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Kaiser Permanente Senior Advantage Standard, es posible que deba pagar de su bolsillo el costo total de los 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 al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

El *Directorio de proveedores* kp.org/directory/espanol enlista nuestros proveedores de red actuales y proveedores de equipos médicos duraderos.

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

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

Obtenga la lista más reciente de proveedores y suministradores en nuestro sitio web enkp.org/directory/espanol.

Si no tiene un *Directorio de Proveedores*, puede pedir una copia (electrónicamente o en papel) a nuestro Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los Directorios de Proveedores solicitados en papel 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/espanol, se enlistan las farmacias de la red.

Capítulo 1 Introducción para miembros

Farmacias de la red son farmacias que acepten surtir a nuestros miembros de los planes sus recetas médicas cubiertas. Use el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte el Capítulo 5 Sección 2.4 para obtener información acerca de cuándo puede usar una farmacia fuera de la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de Farmacias*, puede pedir una copia al Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en kp.org/directory/espanol.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene un *Formulario Completo* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). En ella, se informa qué medicamentos recetados 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 médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de nuestro plan.

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

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar nuestro sitio web (kp.org/seniorrx [haga clic en “Español”]) o llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* * La prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 4.1 para conocer los detalles.	\$34
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Para obtener más detalles, consulte El Capítulo 4, Sección 1.2).	\$6,500
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0

Capítulo 1 Introducción para miembros

	Sus costos en 2026
Visitas al consultorio de especialistas	\$0 - \$25
Estancias de pacientes hospitalizados.	Por cada hospitalización, \$335 al día por los días 1 a 6 (\$0 por el resto de la hospitalización).
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 6, Sección 4).	\$0
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya al Capítulo 6 para obtener detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura para catástrofes).	Costo compartido durante la Etapa Inicial de Cobertura (suministro para un máximo de 30 días): Medicamentos de nivel 1: \$0 Medicamentos de nivel 2: \$0 Medicamentos de nivel 3: \$47 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de nivel 4: \$95 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel de medicamentos 5: 33 % Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de nivel 6: \$0 No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido. Etapas de Cobertura para catástrofes: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Capítulo 1 Introducción para miembros

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Plan de Prima (Sección 4.1)
- Prima mensual de Medicare Parte B (Sección 4.2)
- Prima de beneficios adicionales opcionales (sección 4.3)
- Penalización por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.4)
- Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Sección 4.5)
- Monto del plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.6)

Sección 4.1 Plan de Prima

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual por el plan. Para 2026, la prima mensual de Kaiser Permanente Senior Advantage Standard es de \$34.

Si *ya* recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas de esta *Evidencia de Cobertura* no aplicará a su caso**. Le enviamos un documento aparte, llamado *Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Beneficio Adicional para pagar los medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos Cláusula LIS*), que incluye información sobre la cobertura de medicamentos. Si no tiene este anexo, por favor llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la *Cláusula LIS*.

En determinadas situaciones, la prima del plan podría ser menor

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. El programa Beneficio Adicional ayuda a personas con recursos limitados con el pago de sus medicamentos. Obtenga más información sobre estos programas en el Capítulo 2, Sección 7. Si califica, inscribirse en uno de estos programas podría reducir la prima mensual de su plan.

Las primas de Medicare Parte B y Parte D varían según el nivel de ingresos de cada persona. Si tiene alguna pregunta acerca de las primas, consulte su copia del manual *Medicare y Usted 2026* en la sección llamada *Costos de Medicare de 2026*. Descargue una copia del sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) o solicite una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de Medicare Parte B

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede pagar una prima por la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Capítulo 1 Introducción para miembros

Sección 4.3 Prima de beneficios adicionales opcionales

Si se inscribe para recibir beneficios adicionales, también llamados *beneficios adicionales opcionales*, pagará una prima mensual adicional por tales beneficios. Para obtener más detalles, consulte el capítulo 4, sección 2.1.

La prima mensual para los beneficios adicionales opcionales (Advantage Plus) es de \$12.

Sección 4.4 Penalización por inscripción tardía en la Parte D

Algunos miembros deben pagar la **penalización por inscripción tardía** en la Parte D. La penalización por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagar para recibir cobertura de la Parte D si, en cualquier momento, después de que terminó su período de inscripción inicial, no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos durante un periodo consecutivo de 63 días o más. Cobertura acreditada de medicamentos es aquella que satisface los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos el monto equivalente al de la cobertura estándar de medicamentos de 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.

Tendrá que pagar esta sanción mientras tenga cobertura de la Parte D.

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

No debe pagar la penalización por inscripción tardía en la Parte D si ocurre lo siguiente:

- Recibe Beneficio Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- No tuvo cobertura acreditable durante menos de 63 días seguidos.
- Tiene 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 (Health Administration, VA). Su asegurador o el departamento de recursos humanos le indicará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información en una carta o en un boletín de ese plan. Conserve esta información, ya que es posible que la necesite si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
 - **Observación:** Cualquier carta o notificación 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 estándar de Medicare.
 - **Observación:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web con descuentos para medicamentos no son una cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Medicare determina el monto de la penalización por inscripción tardía en la Parte D. Funciona de la siguiente manera:

- Si estuvo sin cobertura de la Parte D ni otra cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más después de que fue elegible para inscribirse en la

Capítulo 1 Introducción para miembros

Parte D, en nuestro plan se contará la cantidad de meses completos en que no tuvo cobertura. La sanción equivale al 1 % de cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, el porcentaje de la sanción 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 (prima nacional básica del beneficiario). Para 2026, el monto de la prima mensual promedio es de \$38.99.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima nacional básica del beneficiario y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo anterior, se multiplicaría 14 % por \$38.99, lo que equivale a \$5.45. Esto se redondea a \$5.50. Este monto se agregaría **a la prima mensual del plan 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 la penalización por inscripción tardía mensual en la Parte D:

- **La sanción puede cambiar cada año** porque la prima nacional básica del beneficiario puede modificarse cada año.
- **Deberá seguir pagando una sanción** cada mes mientras esté inscrito en un plan con beneficios para medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la penalización por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su penalización por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para ingresar a 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 4.5 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Puede que se les exija a algunos miembros que paguen un cargo adicional, conocido como el Monto de Ajuste Mensual Debido a los Ingresos de la Parte D (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA). El cargo adicional se calcula con el ingreso bruto ajustado modificado que informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, 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 puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar un IRMAA 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

Capítulo 1 Introducción para miembros

Ferrovianos o la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague generalmente las primas de nuestro 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 IRMAA adicional al Gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga el IRMAA adicional, se cancelará su afiliación a nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar el IRMAA adicional, puede pedir al Seguro Social que reconsidere la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacer esto, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.6 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 de nuestro plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o medicamentos por sus medicamentos (en vez 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 del plan mensual

Sección 5.1 Cómo pagar nuestro plan premium.

Hay 4 maneras de pagar nuestro plan premium.

Opción 1: Pagar con cheque.

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

Kaiser Permanente
P.O. Box 100661
Atlanta, GA 30384-0661

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

Opción 2: Puede inscribirse para el pago automático mensual

Si prefiere pagar con un cheque, puede hacer que se retire su prima mensual del plan automáticamente de su cuenta bancaria o que se le cargue a su tarjeta de crédito. Si selecciona el pago automático de la prima del plan, la prima mensual de su plan se pagará

Capítulo 1 Introducción para miembros

automáticamente desde su cuenta bancaria (corriente o de ahorros) o tarjeta de crédito. La transacción aparecerá en el resumen mensual de su banco o tarjeta de crédito, el cual servirá como registro permanente de pago.

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

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

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

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

Opción 4: Haga que la prima de nuestro plan se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

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

Cambiar la manera en la que paga la prima de su plan. Si decide cambiar la forma de pagar la prima de su plan, pueden pasar hasta 3 meses para que se aplique su nueva forma de pago. Mientras nosotros procesamos su solicitud para una nueva forma de pago, usted sigue teniendo que asegurarse de que la prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, llame a Servicio a los Miembros, regístrese para una opción de pago automático o realice un pago único en línea.

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

Si tiene problemas para pagar la prima del plan

Debemos recibir la prima de su plan en nuestra oficina el primer día del mes de cobertura (o el quinto día del mes de cobertura si eligió la opción de pagar su prima mediante una EFT). Si no recibimos su pago antes del día quince del mes de cobertura, le enviaremos un aviso para indicarle la cantidad que debe.

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

Capítulo 1 Introducción para miembros

Si tiene problemas para pagar a tiempo su prima, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos referirlo a programas que lo ayudarán con sus costos.

Si considera que hemos cancelado su membresía por error, puede presentar una queja (también llamada queja formal). Si una emergencia por circunstancias fuera de su control causó que no pudiera pagar la prima del plan dentro de nuestro periodo de gracia, puede presentar una queja. En caso de queja, revisaremos nuestra decisión nuevamente. Vaya al Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja o llámenos al 1-800-232-4404 entre las 8:00 a. m. y las 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar la queja informal antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que termine su membresía.

Sección 5.2 Nuestra prima mensual del plan no cambiará durante el año

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

Si usted se vuelve elegible para recibir el Beneficio Adicional o pierde su elegibilidad para recibir el Beneficio Adicional durante el año, la parte de la prima de nuestro plan que debe pagar puede cambiar. Si califica para el Beneficio Adicional con los costos de cobertura de medicamentos, el Beneficio Adicional paga parte de la prima mensual de su plan. Si pierde su elegibilidad para recibir el Beneficio Adicional durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual completa del plan. Obtenga más información sobre el Beneficio Adicional en el Capítulo 7, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener actualizada la información de membresía del plan

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

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **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 ayude a mantener esta información siempre actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otro aspecto de su cobertura de salud (como su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación del trabajador o Medicaid).
- Cualquier reclamo por responsabilidad, como reclamos por un accidente de auto.
- Si es admitido en un centro de adultos mayores.
- Si obtiene atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o que no pertenece a la red.

Capítulo 1 Introducción para miembros

- Si cambia la persona designada como su responsable (su cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le animamos a que lo haga).

Si esta información cambia, háganoslo saber llamando a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios bajo 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. Lea esta información detenidamente. 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 al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que necesite proporcionar su número de identificación de miembro de nuestro 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 de Medicare que deciden si nuestro plan o el otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (“pagador primario”) y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga después (“pagador secundario”) solo paga si la cobertura primaria deja costos sin cubrir. Es posible que el pagador secundario no pague los costos sin cubrir. Si tiene otro seguro, informe al médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene cobertura para retirados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud de grupo se basa en su empleo actual o en el de algún 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):

Capítulo 1 Introducción para miembros

- 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.
- Seguro de los trabajadores (Workers' Compensation).

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Kaiser Permanente Senior Advantage

Para obtener ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio a los Miembros de nuestro plan al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Será un placer ayudarlo.

Servicio a los Miembros: Información de contacto

Llamadas	1-800-232-4404 Las llamadas a este número no tienen costo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Servicio a los Miembros, cuyo número es 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), también ofrece servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
Correo postal	Kaiser Permanente Member Services Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road, NE Atlanta, GA 30305-1736
Sitio web:	kp.org/espanol

Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura, o sobre la cantidad que pagamos por los servicios médicos que recibe. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Decisiones sobre la Cobertura para la Atención Médica: Información de Contacto

Llamadas	1-800-232-4404 Las llamadas a este número no tienen costo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
-----------------	---

Capítulo 2: Recursos y números de teléfono importantes

TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
Correo postal	Kaiser Permanente Attention: Member Services Department Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road, NE Atlanta, GA 30305-1736
Sitio web:	kp.org/espanol

Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura de sus medicamentos de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por los medicamentos de la Parte D que reciba. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o sobre los medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones sobre la cobertura sobre los medicamentos de la Parte D: información de contacto

Llamadas	1-888-277-3914 Las llamadas a este número no tienen costo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
Fax	1-844-403-1028
Correo postal	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Misión, KS 66201
Sitio web:	kp.org/espanol

Cómo presentar una apelación o una queja sobre la atención médica o los medicamentos de la Parte D

Una apelación es una vía formal para pedirnos que reconsideremos y cambiemos una decisión que hemos tomado sobre la cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación o una queja sobre su atención médica o sobre sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Capítulo 2: Recursos y números de teléfono importantes**Apelaciones sobre la Atención Médica o los Medicamentos Recetados de la Parte D:
Información de Contacto**

Llamadas	1-800-232-4404 Las llamadas a este número no tienen costo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
Fax	1-404-949-5001
Correo postal	Kaiser Permanente Attention: Member Relations Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road, NE Atlanta, GA 30305-1736
Sitio web:	kp.org/espanol

Cómo presentar una apelación o una queja informal sobre la atención médica o los medicamentos de la Parte D.

Puede presentar una queja informal sobre nosotros o sobre nuestros proveedores o farmacias de la red, incluida una queja informal sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja informal no abarca disputas sobre pagos ni cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación o una queja informal sobre su atención médica o sobre sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

**Quejas o apelaciones sobre la atención médica o los medicamentos de la Parte D:
información de contacto**

Llamadas	1-800-232-4404 Las llamadas a este número no tienen costo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
-----------------	---

**Quejas o apelaciones sobre la atención médica o los medicamentos de la Parte D:
información de contacto**

TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
Correo postal	Kaiser Permanente Attention: Member Relations Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road, NE Atlanta, GA 30305-1736

Capítulo 2: Recursos y números de teléfono importantes

Sitio web de Medicare	Si desea presentar una queja informal sobre nuestro plan directamente ante Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .
------------------------------	--

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de 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 para obtener más información.

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

Solicitudes de pago: Información de contacto

Llamadas	1-404-261-2825 Las llamadas a este número tienen costo. De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
Correo postal	Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 370010 Denver, CO 80237-9998
Sitio web:	kp.org/espanol

SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de 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 para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia tiene un contrato con las organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare: información de contacto

Llamadas	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Las llamadas a este número no tienen costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
-----------------	--

Capítulo 2: Recursos y números de teléfono importantes

Medicare: información de contacto	
TTY	1-877-486-2048 Para usar este número necesita un equipo de teléfono especial, y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla. Las llamadas a este número no tienen costo.
Chat en vivo	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Correo postal	Escriba a Medicare al apartado postal 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web:	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan. • Encuentre médicos participantes de Medicare u otros proveedores y distribuidores de atención médica. • Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas o inyecciones y visitas anuales de "bienestar"). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por planes, centros de adultos mayores, hospitales, médicos, agencias de atención de salud domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja informal que tenga sobre nuestro plan. Si desea presentar una queja informal ante Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare se toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare de forma gratuita. En Georgia, el SHIP se llama Georgia SHIP.

Georgia SHIP es un programa estatal independiente (no conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Capítulo 2: Recursos y números de teléfono importantes

Los asesores de Georgia SHIP pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de SHIP de Georgia también pueden ayudarlo con preguntas o problemas de Medicare, ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de planes.

Georgia SHIP: Información de contacto

Llamadas	1-866-552-4464 (seleccione la opción 4 cuando se le pida)
Correo postal	Georgia SHIP Department of Human Resources – Division of Aging Services 2 Peachtree Street, NW, 33rd Floor Atlanta, GA 30303-3142
Sitio web:	https://aging.georgia.gov/georgia-ship

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada atiende a personas con Medicare en cada estado. Para Georgia, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Acentra Health.

Acentra Health 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. Acentra Health es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Comuníquese con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja informal sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de preocupaciones relacionadas con la calidad de la atención incluyen recibir medicamentos equivocados, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- 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.

Acentra Health (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Georgia): Información de Contacto

Llamadas	1-888-317-0751 Las llamadas a este número no tienen costo. De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5 p. m. Fines de semana y días festivos, de 10 a. m. a 4 p. m.
-----------------	--

Capítulo 2: Recursos y números de teléfono importantes**Acentra Health (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Georgia):
Información de Contacto**

TTY	711
Correo postal	Acentra Health 1650 Summit Lake Dr., Suite 102 Tallahassee, FL 32317
Sitio web:	www.acentraqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y maneja la inscripción para Medicare. 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, comuníquese con el Seguro Social para hacérselos saber.

Seguro Social: Información de Contacto

Llamadas	1-800-772-1213 Las llamadas a este número no tienen costo. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Use los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social las 24 horas del día para obtener información grabada y realizar algunos trámites.
TTY	1-800-325-0778 Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla. Las llamadas a este número no tienen costo. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
Sitio web:	www.SSA.gov/es

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. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar

Capítulo 2: Recursos y números de teléfono importantes

a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorro de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las Primas de las Partes A y B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas que tienen QMB también tienen todos los beneficios completos de Medicaid [QMB+].)
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas que tienen SLMB también tienen todos los beneficios completos de Medicaid [SLMB+].)
- **Persona calificada (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas y trabajadoras calificadas (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y los Programas de Ahorros de Medicare, comuníquese con la oficina de su condado que se muestra en la siguiente tabla o visite el sitio web de Medicaid del estado en dfcs.georgia.gov.

Agencias de Medicaid de Georgia por condado: información de contacto

DFCS del Condado de Cherokee 1300 Univeter Road, Suite 100 Canton, GA 30115 Teléfono: 1-770-720-3610 Horario: de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.	DFCS del Condado de Fulton 5710 Stonewall Tell Road College Park, GA 30349 Teléfono: 1-404-206-5778 Horario: Lunes a viernes: 9:00 a. m. a 4 p. m.
DFCS del Condado de Clayton 877 Battle Creek Road Jonesboro, GA 30236 Teléfono: 1-770-473-2339 Horario: de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.	DFCS del Condado de Fulton Northwest Service Center 1249 Donald Lee Hollowell Parkway Atlanta, GA 30318 Teléfono: 1-404-206-5778 Horario: de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.
DFCS del Condado de Cobb 1090 Northchase Pkwy SE, Suite 200 Marietta, GA 30060 Teléfono: 1-770-528-7683 Horario: de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.	DFCS del Condado de Gwinnett 95 Constitution Blvd. Lawrenceville, GA 30046-2475 Teléfono: 1-678-518-5500 Horario: de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.
DFCS del Condado de DeKalb 2300 Parklane Drive NE Atlanta, GA 30345 Teléfono: 1-404-370-5000 Horario: de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.	DFCS del Condado de Henry 125 Henry Parkway McDonough, GA 30253-6636 Teléfono: 1-770-954-2014 Horario: de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

El sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene información sobre formas de reducir los costos de sus medicamentos recetados. Los programas a continuación pueden ayudar a las personas con bajos ingresos.

Beneficio Adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Beneficio Adicional que puede ayudar a pagar los costos de medicamentos a personas con bajos ingresos y recursos limitados. Si usted califica, recibirá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos. Este Beneficio Adicional también cuenta para el cálculo de sus gastos de bolsillo.

Si usted califica automáticamente para recibir Ayuda Adicional, Medicare le enviará una carta violeta para informarle. Si no califica automáticamente, puede presentar su solicitud en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para obtener el la Ayuda Adicional:

- Consulte <https://secure.ssa.gov/i1020/start> para hacer la solicitud en línea
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicita Ayuda Adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted indique lo contrario en la solicitud de Ayuda Adicional.

Si usted califica para Ayuda Adicional y cree que está pagando una cantidad incorrecta por su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarlo a obtener evidencia del monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia de la cantidad correcta, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

Si no está seguro de qué evidencia proporcionarnos, comuníquese con una farmacia de la red o con Servicio a los Miembros. La evidencia a menudo es una carta de la oficina estatal de Medicaid o del Seguro Social que confirma que usted califica para recibir Ayuda Adicional. La evidencia también puede ser documentación emitida por el estado con su información de elegibilidad asociada con los Servicios Basados 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 para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualicen sus registros para que su estado actual se vea reflejado. Una vez que los CMS actualicen sus registros, ya no necesitará presentar la evidencia en la farmacia. Proporcione su evidencia de una de las siguientes maneras para que podamos reenviarla a los CMS, a fin de que se haga la actualización correspondiente:

Capítulo 2: Recursos y números de teléfono importantes

- Escriba a Kaiser Permanente a:
Centro de Servicio de California
Atención: Mejor Evidencia Disponible
P.O. Box 232407
San Diego, CA 92193-2407.
- Envíela por fax al número 1-877-528-8579.
- Llévela a una farmacia de la red.
- Cuando recibamos la evidencia que muestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema de tal forma que pueda pagar el monto correcto cuando surta su próxima receta médica. Si paga de más su copago, le reembolsaremos el dinero, ya sea mediante cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y tiene una deuda con ellos, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado realizó el pago en su nombre, podemos pagarle directamente al estado. Llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta.

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

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos contra el VIH que les salvan la vida. Los medicamentos de Medicare Parte D que también se encuentran en la lista de medicamentos recetados disponibles del ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de las recetas médicas por medio del Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA de Georgia.

Observación: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia estatal y estado de VIH, bajos ingresos (según lo define el estado) y estado de no seguro/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, llame al (404) 656-9805.

Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar sus costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del **año calendario** (enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no ahorra dinero ni reduce el costo de los medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Capítulo 2: Recursos y números de teléfono importantes**Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare: información de contacto**

Llamadas	1-800-232-4404 Las llamadas a este número no tienen costo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Servicio a los Miembros, cuyo número es 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), también ofrece servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
Correo postal	Kaiser Permanente Member Services Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road, NE Atlanta, GA 30305-1736
Sitio web:	kp.org/espanol

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación de Trabajadores Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si obtiene Medicare a través de la Junta de Jubilación de Trabajadores Ferroviarios, infórmeles si se muda o cambia su 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.

Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios (RRB): información de Contacto

Llamadas	1-877-772-5772 Las llamadas a este número no tienen costo. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB, de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12 p. m., los miércoles. Presione “1” para 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.
TTY	1-312-751-4701 Para usar este número necesita un equipo de teléfono especial, y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.

Capítulo 2: Recursos y números de teléfono importantes**Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios (RRB): información de Contacto****Sitio web:** <https://RRB.gov>**SECCIÓN 9 Si tiene seguro de grupo u otro seguro proporcionado por un empleador**

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) recibe beneficios por parte de su empleador (o el de su cónyuge o pareja doméstica) o de un grupo de jubilados como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios sindicales o del empleador o a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o de su jubilado. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare bajo este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3:

Cómo usar la cobertura de nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener 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. Para obtener detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe atención, consulte el cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y 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 acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su costo compartido como un pago completo. Tenemos un acuerdo con estos proveedores para que proporcionen servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan. Al usar uno de estos proveedores de la red, debe pagar un porcentaje del costo de los servicios que le proporcionan.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo de atención médica y los medicamentos recetados que tienen cobertura de nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se enumeran en el Cuadro de Beneficios Médicos 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 ofrecidos por Original Medicare y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

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

- **La atención que reciba esté incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos de nuestro plan en el Capítulo 4 4.**
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** “Médicamente necesaria” 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.

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

- **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, debe elegir un PCP de la red (vaya a la Sección 2.1 para obtener más información).
 - En la mayoría de los casos, el PCP de la red debe darle una aprobación con antelación (un referido) antes de que pueda usar otros proveedores en la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención de salud domiciliaria. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.
 - No necesita que su PCP le proporcione un referido para obtener atención de emergencia o servicios necesarios con urgencia. Para obtener información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin obtener la aprobación previa de su médico de cabecera, vaya a la Sección 2.2.
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (vaya a la Sección 2). 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 que reciba. Existen 4 excepciones:
 - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios necesarios con urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué son los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red, si nosotros o nuestro Grupo Médico autorizamos los servicios antes de que reciba la atención. En esta situación, usted paga lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es 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 del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de la red para la diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, 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 2.4 de este capítulo.

SECCIÓN 2 Obtenga la atención médica que necesita de los proveedores de la red de nuestro plan

Sección 2.1 Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para brindar y supervisar su atención médica.

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

Como miembro, debe elegir uno de los proveedores de la red que esté disponible para que sea su 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 están 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 un referido 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 un “referido” para un especialista). Hay unos pocos tipos de servicios cubiertos que puede obtener por su cuenta sin contactar antes a su proveedor de atención médica 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

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

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 vigor de inmediato.

Para elegir o cambiar su PCP, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) o visite kp.org/doctor.

Cuando llame, díganos si está consultando a especialistas o si está recibiendo otros servicios cubiertos que necesiten la aprobación de su PCP (como servicios de salud domiciliaria y equipo médico duradero) para que podamos decirle si necesita un referido de su nuevo PCP para continuar los servicios. También, si hay un especialista o un hospital en particular de la red que

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

desea utilizar, consulte con nosotros para averiguar si su médico de cabecera hace derivaciones a ese especialista o utiliza ese hospital.

Consulte el *Directorio de Proveedores* o llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo seleccionar un PCP y qué proveedores aceptan nuevos pacientes.

Sección 2.2 Tipos de atención médica que puede obtener sin un referido de su PCP

Puede recibir los servicios que se mencionan a continuación sin necesidad de obtener una aprobación previa de su PCP.

- Atención médica 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, vacunas contra COVID-19 y vacunas contra la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o fuera de la red.
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero que no son una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable debido a su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia que son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas 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 renal que reciba en un centro de atención de diálisis certificado por Medicare cuando esté temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.
- Segundas opiniones de otro proveedor de la red del Grupo Médico.
- Atención preventiva
- Psiquiatras y especialistas de salud del comportamiento, siempre y cuando reciba los servicios de un proveedor de la red.
- Oftalmólogos y optometristas, siempre y cuando reciba los servicios de un proveedor de la red.

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

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

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

- 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.

Referidos de su PCP

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

Referidos a proveedores de la red

Cuando su PCP le receta atención que no está disponible de un PCP (por ejemplo, atención especializada), le dará un referido 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, el referido será para un plan de tratamiento específico. Su plan de tratamiento puede incluir un referido permanente si se receta una atención continua por parte del especialista. Le enviaremos un referido 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 el referido escrito que le demos. No regrese con el especialista de la red después de su consulta inicial a menos que hayamos autorizado consultas adicionales en su referido. De lo contrario, es posible que los servicios no estén cubiertos.

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

Autorización previa

Para los servicios y los artículos que se enlistan a continuación, su proveedor de la red deberá obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan o de Medical Group (esto se denomina obtener “autorización previa”).

Solo médicos certificados u otros profesionales médicos debidamente certificados tomarán decisiones sobre las solicitudes de autorización. Si alguna vez no está de acuerdo con las decisiones de autorización, puede presentar una apelación como se describe en el Capítulo 9.

- Servicios y artículos identificados en el Capítulo 4 con una nota al pie (†).
- Para cierta atención especializada de la red, su PCP debe solicitar que autoricemos el referido antes de que pueda consultar al proveedor de atención especializada de la red. Si autorizamos el referido, será para un plan de tratamiento específico como se explicó anteriormente (para obtener los detalles, consulte “Referidos a especialistas”).
- Si su proveedor de la red decide que necesita servicios cubiertos que no están disponibles en los proveedores de la red, le recomendará al Grupo Médico que lo refieran a un

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

proveedor fuera de la red dentro o fuera de nuestra área de servicio. La persona designada del Grupo Médico autorizará los servicios si determina que los servicios cubiertos son médicamente necesarios y no están disponibles por medio de un proveedor de la red.

- Los referidos a proveedores fuera de la red serán para un plan de tratamiento específico, que puede incluir un referido abierto si se requiere atención continua. Especifica la duración del referido sin tener que obtener de nosotros una aprobación adicional. Pregúntele a su proveedor de la red qué servicios se han autorizado si no está seguro. Si el especialista está fuera de la red quiere que usted continúe recibiendo más atención, asegúrese de que el referido cubra la atención adicional. Si no es así, comuníquese con su proveedor de la red.
- Después de que nos notifiquen que usted necesita atención de posestabilización por parte de un proveedor fuera de la red después de recibir atención de emergencia, comentaremos su afección con el proveedor fuera de la red. Si decidimos que usted necesita atención de postestabilización y que la atención estaría cubierta si los 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 los reciba de un proveedor de la red (u otro proveedor designado). Consulte la Sección 3.1 en este capítulo para obtener más información.
- Cirugía de cambio de sexo médicamente necesaria y procedimientos asociados.
- Cirugía bariátrica necesaria desde el punto de vista médico.
- 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 un referido por escrito para un trasplante, la junta o el comité asesor regional de trasplantes del Grupo Médico (en caso de que exista) autorizará los servicios si determina que son médicamente necesarios o si tienen cobertura de acuerdo con las pautas de Medicare. Si no existiera una junta o comité de trasplantes, el Grupo Médico lo referirá a uno o más médicos de un centro de trasplantes, y el Grupo Médico autorizará los servicios si los médicos del centro de trasplantes determinan que son médicamente necesarios o tienen cobertura de acuerdo con las pautas de Medicare.

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

Podemos realizar cambios en cuanto a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

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

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

- Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos 3 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 visitado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continua.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de planes.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no está disponible o no es adecuado para satisfacer sus necesidades médicas, organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores al costo compartido dentro de la red. Comuníquese con nosotros para que podamos autorizar los servicios médicamente necesarios.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor que administre su atención.
- 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 informal 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 fuera de la red

La atención médica que reciba de un proveedor fuera de 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 Grupo Médico autorizamos un referido 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 cierta atención cubierta por esta *Evidencia de Cobertura* de proveedores designados en esa área de servicio. Llame a nuestra línea de atención médica fuera de casa para viajeros al 1-951-268-3900 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto días festivos), o visite nuestro sitio web kp.org/travel (haga clic en “Español”) para obtener

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

más información sobre cómo recibir atención médica cuando visite otra zona de servicio de Kaiser Permanente, incluida la información sobre la cobertura y la ubicación 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 fuera de casa para viajeros también puede responder preguntas sobre los servicios de atención de emergencia o de urgencia cubiertos que reciba fuera de la red, entre ellas cómo obtener un reembolso.

SECCIÓN 3 **Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención**

Sección 3.1 **Obtenga atención si tiene una emergencia médica**

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.

Si tiene una emergencia médica haga lo siguiente:

- **Busque ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de urgencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No es necesario que obtenga una aprobación previa ni un referido de su PCP. No necesita usar un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia con cobertura cuando la necesite, tanto dentro como fuera de los Estados Unidos.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** Necesitaremos hacer un seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos, en general, dentro de un plazo de 48 horas, para informarnos sobre la atención de emergencia. Encontrará el número al que debe llamar al reverso de la tarjeta de membresía del plan.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

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

Colaboraremos con los médicos que le proporcionan la atención de emergencia para ayudar en la administración y el seguimiento de sus cuidados. Después de que termine la emergencia, tiene derecho 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

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

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 cuidados de posestabilización antes de que usted reciba la atención del proveedor fuera de la red. En la mayoría de los casos, solo será responsable financieramente si el proveedor fuera de la red o nosotros le notificamos sobre su posible responsabilidad.

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 bien
- La atención adicional que reciba se considera un servicio de urgencia y usted sigue las reglas a continuación para recibir la atención de urgencia.

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

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable debido a su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de proveedores 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.

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

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

teléfono para programar citas y recibir consejos.

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

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

Sección 3.3 Recibir atención durante un desastre

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

Visite kp.org/espanol para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Durante un desastre, si no puede usar un proveedor de la red, nuestro plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con el costo compartido de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4.

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

Si pagó más que el costo compartido de nuestro plan por servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

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

Nuestro plan cubre todos los servicios médicamente necesarios que se detallan en el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización, 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 agotar sus beneficios para ese tipo de servicio cubierto. Cualquier monto que pague después de que el beneficio se termine no contará para satisfacer el monto de los gastos máximos de bolsillo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también 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 pide que voluntarios participen en el estudio. Mientras esté en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención médica (atención que no está relacionada con el estudio) por medio del plan.

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. Deberá proporcionar documentación para mostrarnos el monto que pagó.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos u obtener nuestra aprobación ni la del PCP. Los proveedores que brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan ser parte de la red de nuestro plan (esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (National Coverage Determinations Requiring Coverage with Evidence Development, NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (Investigational Device Exemption, IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan).

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

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

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

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 asociadas al nuevo tipo de atención.

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

Después de que Medicare pague 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, usted deberá proporcionar documentación que demuestre el costo compartido que pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico: supongamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. 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 nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 estipulado de acuerdo con Original Medicare. Usted informaría a nuestro plan que recibió un servicio de un ensayo clínico aprobado y presentaría documentación (como una factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan directamente le pagaría \$10. Por ende, su pago neto para la prueba es de \$10, que es el mismo monto que pagaría de acuerdo con los beneficios de nuestro plan.

Si 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 concepto o servicio nuevo que se investiga en el estudio, a menos que este 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 (Computed Tomography, CT) mensuales que formen parte de un 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 las personas del ensayo.

Obtenga más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare, Medicare y estudios de investigación clínica, disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, cubriremos la atención en una institución de atención médica no médica religiosa. Este beneficio se ofrece solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios no médicos de cuidado de la salud).

Sección 6.2 Cómo obtener atención de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud

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

- **La atención o el tratamiento médico** no exceptuado es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no 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.
- Nuestro plan solamente cubre los 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 afección médica que le permita recibir los servicios cubiertos para la atención hospitalaria de pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - Y debe obtener la aprobación con antelación de nuestro plan antes de ingresar en el centro de atención, o no se cubrirá su estancia.

Observación: 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

Sección 7.1 No será dueño de algunos equipos médicos duraderos después de que realice una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan

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

Capítulo 3 Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son dueñas del equipo después de realizar copagos del equipo durante 13 meses. **Como miembro de nuestro plan, no obtendrá propiedad de los artículos DME alquilados sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No obtendrá la propiedad incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en virtud de Medicare Original 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 de DME. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y después se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no se consideran.

Ejemplo 2: Ha realizado 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y después se ha inscrito en nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego, regresó a Original Medicare. Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos nuevos para poder ser el titular del artículo después de regresar a Original Medicare. Cualquier pago que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuenta.

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

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

- El alquiler del equipo 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 nuestro 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, alquila el equipo. Durante 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 5 años vuelve a comenzar, incluso si continúa con la misma compañía, y se volverá a requerir que pague los copagos por los primeros 36 meses. Si se une a nuestro plan o lo abandona, el ciclo de 5 años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:

Cuadro de Beneficios Médicos

(qué cubre y qué paga usted)

SECCIÓN 1 Descripción de los gastos de bolsillo por servicios cubiertos

El Cuadro de Beneficios Médicos enlista los servicios cubiertos y los montos que debe pagar por cada uno como miembro de nuestro plan. Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites en 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). En la Sección 2.1 de este capítulo, se describen nuestros beneficios suplementarios opcionales.

Sección 1.1 Gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos

Los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos incluyen:

- **Copago:** la cantidad fija que usted 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 contiene más información sobre los copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que 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 contiene más información sobre los coseguros).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario de Medicare calificado (Qualified Medicare Beneficiary, qmb) no pagan deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad de Medicaid o QMB.

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

Los planes de Medicare Advantage tienen límites en el monto total de los gastos de bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Este límite se denomina monto de gastos máximos de bolsillo (MOOP, maximum out-of-pocket para servicios médicos). **Para el año calendario 2026, este monto de MOOP es de \$6,500.**

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 las primas del plan y por sus medicamentos 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 de gastos máximos de bolsillo. Estos servicios están señalados con un asterisco (*) en el Cuadro de Beneficios Médicos. Si alcanza el monto de los gastos máximos de bolsillo de **\$6,500**, no tendrá que pagar ningún otro costo de su bolsillo durante el resto del año correspondiente a los servicios cubiertos dentro de la red de las Partes A y Parte B. Sin embargo, deberá seguir pagando las primas de nuestro plan y las primas de Medicare Parte B (a menos que esta última sea pagada por Medicaid o por algún otro tercero).

Sección 1.3 Los proveedores no tienen permiso para facturarle el saldo

Como miembro de nuestro plan, tiene una protección importante, ya que solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por el plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales independientes, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección se aplica aun cuando nosotros paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio y aun cuando haya una disputa y no paguemos ciertos cargos del proveedor.

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

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad establecida de dinero, por ejemplo, \$15), solo paga ese monto por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más de ese porcentaje. Sin embargo, el costo depende del tipo de proveedor al que acuda:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso de nuestro plan (esto se especifica en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pero que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, tal como cuando obtiene un referido o para emergencias o servicios que se necesitan con urgencia).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando obtiene un referido, para las emergencias o para servicios de urgencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

SECCIÓN2 El Cuadro de Beneficios Médicos muestra sus beneficios y costos médicos

En el Cuadro de Beneficios Médicos en las páginas siguientes, se enumeran los servicios que cubrimos y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios que se mencionan en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos únicamente cuando se cumple lo siguiente:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben prestarse de acuerdo con las indicaciones de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (entre ellos, la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Necesario desde el punto de vista médico” significa que los servicios, artículos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- 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 su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de urgencia o emergencia, o que nuestro plan o un proveedor de la red le hayan dado un referido. Esto significa que usted paga al proveedor el total de los servicios fuera de la red que recibe.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que le proporciona atención médica y la supervisa. En la mayoría de los casos, el PCP debe darle una aprobación con antelación (un referido) antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- 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 obtiene nuestra aprobación con antelación (a veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en el Cuadro de Beneficios Médicos con una nota al pie de página (†). Además, puede consultar 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:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, paga más en nuestro plan de lo que pagaría

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

en Original Medicare. Por otros, paga menos. (Para conocer más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2026*. Consúltelo en línea en www.Medicare.gov o pida una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- 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 copago a la atención recibida para la condición médica existente.
- Si Medicare agrega la cobertura de algún servicio nuevo durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.



Esta manzana muestra los servicios preventivos en el Cuadro de Beneficios Médicos.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal† 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 un referido para ella de un médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o enfermero clínico.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para el dolor crónico de la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias: A efectos de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define como que: • Dura 12 semanas o más; • no específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado a una cirugía, y • no está asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para los pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o si presenta regresión. Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros practicantes (Nurse Practitioners, NP)/ especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) (como se identifican en 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden	Coseguro del 20 %

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • una maestría o un doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y, • Una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. 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.	
Servicios de ambulancia 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 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. También cubrimos los servicios de una ambulancia autorizada en cualquier parte del mundo sin autorización previa (incluido el transporte a través del sistema de respuesta de emergencia 911 cuando esté disponible) si usted cree razonablemente que tiene una condición médica de emergencia y cree razonablemente que su	\$280 por viaje de ida

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
La condición requiere el apoyo clínico de los servicios de transporte en ambulancia.	
 Examen físico de rutina anual 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.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a esta atención preventiva.
 Visita para el bienestar anual Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, 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. Observación: No puede solicitar su primera visita anual de bienestar durante los 12 meses posteriores a su consulta preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de <i>Bienvenida a Medicare</i> para tener cobertura para las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la visita de bienestar anual.
 Medición de la Masa Ósea† Para las personas que reúnen los requisitos (por lo general, esto incluye a personas con riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con más frecuencia si fuera necesario desde el punto de vista médico: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación médica de los resultados.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a la densitometría ósea cubierta por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de seno (mamografía) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía de referencia para las mujeres de entre 35 y 39 años.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Exámenes físicos de los senos una vez cada 24 meses.	
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca, que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento, están cubiertos para los miembros que cumplen con determinadas condiciones y cuentan con una orden médica. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que habitualmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	\$30 por consulta
 Consulta para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) 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.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para las enfermedades cardiovasculares.
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares† Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías relacionadas con un riesgo elevado de padecer enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren cada 5 años.
 Examen de detección de cáncer cervicouterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino y vaginal o si está en edad de tener hijos y ha tenido	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los exámenes pélvicos y las pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en el transcurso de los últimos tres años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	
Servicios Quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos solamente la manipulación de la columna vertebral para corregir la subluxación. ○ 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>.	Coseguro del 20 %
Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, administración de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	El costo compartido de este servicio variará dependiendo de los servicios individuales brindados durante el ciclo de tratamiento. \$0 por consulta de atención primaria \$25 de atención especializada
 Examen de detección de cáncer colorrectal† Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: • 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. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando hayan pasado al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y usted paga \$0 .

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
transcurridos después del mes en el que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • 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 colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • 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. • 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. • 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. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.	
• Procedimientos realizados durante una colonoscopia de detección (por ejemplo, la extirpación de pólipos).	\$0

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Las colonoscopias después de una prueba gFOBT o FIT positiva o una pruebas de detección de sigmoidoscopia flexible. Observación: Todas las demás colonoscopias están sujetas a los costos compartidos aplicables mencionados en otra parte de esta tabla.	
Servicios Dentales†* En general, los servicios de profilaxis dental (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y rayos X dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica principal de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas en preparación para la radioterapia para el cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes orales antes del trasplante de órgano. Además, cubrimos ciertos servicios dentales preventivos e integrales a través de nuestro acuerdo con Delta Dental Insurance Company (“Delta Dental”) y su Plan Medicare DeltaCare USA. DeltaCare USA proporciona la atención dental preventiva e integral que se detalla a continuación a través de una red de dentistas contratados por Delta Dental para proporcionar servicios dentales. Para obtener información sobre proveedores dentales, consulte la página Encuentre un dentista de la red Medicare de DeltaCare USA visitando www1.deltadentalins.com/kaiser-ga. Para recibir Beneficios bajo el plan dental, debes ver a tu dentista seleccionado. Puede seleccionar o cambiar su dentista seleccionado usando su cuenta en línea o comunicándose con el Centro de atención al cliente de Delta Dental. Un cambio en su dentista seleccionado realizado hasta el día 15 de cada mes entrará en vigencia de inmediato. Las selecciones realizadas a partir del día 16 del mes entrarán en vigor el primer día del mes siguiente.	

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Después de la fecha de vigencia del plan dental, podrá obtener servicios dentales. Para hacer una cita, simplemente llame al consultorio del dentista seleccionado e identifíquese como miembro del plan DeltaCare USA Medicare. Puede obtener más información sobre el dentista seleccionado o seleccionar un nuevo dentista en línea visitando www1.deltadentalins.com/kaiser-ga. También puede llamar al servicio de atención al cliente de Delta Dental al 1-844-519-8693, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 15 de febrero) y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 16 de febrero al 30 de septiembre) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si los servicios para un procedimiento detallado los realiza el dentista de DeltaCare seleccionado, usted paga el copago especificado. Si un procedimiento no aparece en la siguiente lista, no está cubierto. Los beneficios que se muestran a continuación se realizan según lo considere apropiado el dentista de Medicare de DeltaCare USA que lo atienda y están sujetos a las exclusiones y limitaciones descritas en la Sección 3.1 de este capítulo. Información importante sobre la atención dental especializada Su dentista general está capacitado para manejar la mayor parte de su atención dental, incluidos muchos tratamientos que de otro modo podrían considerarse servicios especializados. Si lo refieren a un especialista, su plan Delta Dental le brinda acceso a los especialistas contratados por DeltaCare USA en Georgia. Los copagos que se enlistan a continuación no se aplican a especialistas. Los especialistas acordaron proporcionar servicios a tarifas descontadas negociadas. Pagará directamente al especialista, pero estos honorarios son más bajos que los que normalmente se cobran a los que no son miembros. Es sólo una forma más en que su plan apoya la atención médica asequible. Pídale al especialista dental que lo envíe	

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
su plan de tratamiento a Delta Dental para obtener un presupuesto previo al tratamiento, para que pueda saber de antemano cuáles serán sus costos de bolsillo. Observación: Otros beneficios dentales están cubiertos si está inscrito en los beneficios complementarios opcionales (Advantage Plus) descritos en la Sección 2.1 de este capítulo.	
• Servicios de diagnóstico cubiertos (D0100-D0999) y preventivos (D1000-D1999) Los miembros que no hayan tenido visitas dentales regulares (al menos una cada 6 meses) o que les hayan diagnosticado periodontitis pueden necesitar una tartrectomía, un alisado radicular o un desbridamiento de la pulpa antes de que se pueda realizar una atención de rutina como una limpieza regular. Es posible que deba pagar un costo compartido adicional por estos servicios. • D0120: Evaluación oral periódica, paciente existente. <i>Dos (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario.</i> • D0140: Evaluación oral limitada, enfocada en el problema. <i>Dos (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario.</i> • D0150: Evaluación oral integral: paciente nuevo o establecido. <i>Dos (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario.</i> • D0160: Evaluación oral detallada y exhaustiva, enfocada en el problema, por informe. <i>Dos (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario.</i> • D0170: Repetición de la evaluación, limitada, enfocada en el problema (paciente existente; no es consulta posoperatoria). <i>Dos (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario.</i> • D0171: Reevaluación – consulta postoperatoria (durante el horario habitual). • D0180: Evaluación periodontal integral, paciente existente o nuevo. <i>Uno (D0150 o D0180) cada 3 años calendario por proveedor o ubicación.</i>	\$0

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• D0190: Pruebas de detección a un paciente. <i>Uno (D0190 o D0191) cada año calendario.</i> • D0191: Evaluación de un paciente. <i>Uno (D0190 o D0191) cada año calendario.</i> • D0210: Intraoral: serie completa de imágenes radiográficas. <i>-Una (D0210 o D0330) cada 2 años calendario.</i> • D0220: Primera imagen radiográfica intraoral, periapical. <i>Dos (D0220 o D0230) cada año calendario.</i> • D0230: Intraoral, periapical cada imagen radiográfica adicional. <i>Dos (D0220 o D0230) cada año calendario.</i> • D0270: Radiografía de mordida, imagen radiográfica única. <i>Uno (D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277) cada año calendario.</i> • D0272: Radiografía de mordida, dos imágenes radiográficas. <i>Uno (D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277) cada año calendario.</i> • D0273: Mordida— tres imágenes radiográficas. <i>Uno (D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277) cada año calendario.</i> • D0274: Mordida, cuatro imágenes radiográficas. <i>Uno (D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277) cada año calendario.</i> • D0277: Radiografías de mordida verticales, de 7 a 8 imágenes radiográficas. <i>Uno (D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277) cada año calendario.</i> • D0330: Imagen radiográfica panorámica. <i>Uno (D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277) cada año calendario.</i> • D0350: Imagen fotográfica oral/facial 2D obtenida intraoralmente o extraoralmente. <i>Una cada 3 años calendario.</i> • D0419: Evaluación de flujo salival por medida. <i>Una cada 2 años calendario.</i>	

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• D0603: Evaluación y documentación del riesgo de caries, con hallazgo de alto riesgo. <i>Una (D0601, D0602 o D0603) cada 2 años calendario.</i> • D0701: Imagen radiográfica panorámica, solo captura de imágenes diagnósticas • D0702: Imagen radiográfica cefalométrica 2D; solo captura de imágenes diagnósticas • D0703: Imagen fotográfica oral/facial 2D obtenida intraoralmente o extraoralmente; solo captura de imágenes diagnósticas • D0705: Imagen radiográfica dental posterior extraoral: solo captura de imágenes diagnósticas • D0706: Intraoral, imagen radiográfica oclusal; solo captura de imágenes diagnósticas • D0707: Imagen radiográfica intraoral; periapical, solo captura de imágenes diagnósticas • D0708: Intraoral, imagen radiográfica de aleta de mordida; solo captura de imágenes diagnósticas • D0709: Intraoral, serie completa de imágenes radiográficas; solo captura de imágenes diagnósticas • D1110: Limpieza profiláctica. <i>Dos (D1110, D4346 o D4910) cada año calendario.</i> • D1206: Aplicación tópica de barniz de flúor. <i>Dos (D1206 o D1208) cada año calendario.</i> • D1208: Aplicación tópica de barniz de flúor. <i>Dos (D1206 o D1208) cada año calendario.</i> • D1310: Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales. <i>Una cada año calendario</i> • D1330: Instrucciones para la higiene oral. <i>Una cada año calendario</i>	
• Servicios de restauración cubiertos (D2000-D2999) Incluye el pulido, todos los adhesivos y agentes de unión, recubrimiento pulpar indirecto, bases, recubrimientos y procedimientos de grabado con ácido	

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Para el reemplazo de un empaste se requiere que la restauración actual tenga más de 2 años de antigüedad. Para el reemplazo de coronas y recubrimientos (onlays) se requiere que la restauración actual tenga más de 5 años de antigüedad. Los empastes están limitados a no más de dos procedimientos por año calendario (cualquier combinación de D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393 o D2394). Las coronas/incrustaciones están limitadas a no más de dos procedimientos por año calendario (cualquier combinación de D2542 - D2544, D2642 - D2644, D2710 - D2794). Está cubierto el metal base o el metal noble. Si un recubrimiento o un poste y muñón fabricados indirectamente están hechos con alto contenido de metal noble, se cobrará una tarifa adicional de hasta \$100 por diente por la mejora. Las coronas o los pónicos de marca, procesados en el laboratorio o en el consultorio, producidos a través de una técnica o materiales especializados se consideran mejoras del material. El dentista contratado podrá cobrar una tarifa adicional de no más de \$150, además del copago indicado. Consulte “Exclusiones y limitaciones dentales de Advantage Plus” en la Sección 3.1 para obtener más información.	
• D2140: Amalgama, una superficie, diente de leche o permanente	\$53
• D2150: Amalgama, dos superficies, dientes de leche o permanentes	\$68
• D2160: Amalgama, tres superficies, dientes de leche o permanentes	\$82
• D2161: Amalgama, cuatro o más superficies, dientes de leche o permanentes	\$94
• D2330: Empaste a base de resina: una superficie, dientes anteriores	\$50
• D2331: Empaste a base de resina: dos superficies, dientes anteriores	\$60
• D2332: Empaste a base de resina: tres superficies, dientes anteriores	\$71

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• D2335: Empaste a base de resina: cuatro o más superficies	\$85
• D2390: Empaste a base de resina, corona, dientes anteriores	\$114
• D2391: Empaste a base de resina: una superficie, dientes posteriores	\$54
• D2392: Empaste a base de resina: dos superficies, dientes posteriores	\$70
• D2393: Empaste a base de resina: tres superficies, dientes posteriores	\$85
• D2394: Empaste a base de resina: cuatro o más superficies, dientes posteriores	\$96
• D2542: Recubrimiento metálico, dos superficies.	\$313
• D2543: Recubrimiento metálico, tres superficies.	\$334
• D2544: Recubrimiento metálico, cuatro o más superficies.	\$355
• D2642: Recubrimiento de porcelana/cerámica, dos superficies.	\$293
• D2643: Recubrimiento de porcelana/cerámica, tres superficies.	\$320
• D2644: Recubrimiento de porcelana/cerámica, cuatro o más superficies.	\$352
• D2710: Corona, empaste a base de resina (indirecto).	\$163
• D2712: Corona, $\frac{3}{4}$ de empaste a base de resina (indirecto).	\$161
• D2720: Corona, resina con alto contenido de metal noble.	\$346

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• D2721: Corona, resina con base de metal base predominante.	\$327
• D2722: Corona, resina con metal noble.	\$378
• D2740: Corona de porcelana/cerámica.	\$433
• D2750: Corona de porcelana fundida con alto contenido de metal noble.	\$422
• D2751: Corona de porcelana fundida con base de metal predominante.	\$372
• D2752: Corona de porcelana fundida con metal noble	\$372
• D2753: Corona de porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$402
• D2780: Corona, $\frac{3}{4}$ de molde con alto contenido de metal noble.	\$441
• D2781: Corona, $\frac{3}{4}$ de molde con base de metal base predominante.	\$371
• D2782: Corona, $\frac{3}{4}$ de yeso con metal noble.	\$362
• D2783: Corona $\frac{3}{4}$ porcelana y metal noble	\$464
• D2790: Corona, molde completo con alto contenido de metal noble.	\$428
• D2791: Corona, molde completo con base de metal predominante.	\$368
• D2792: Corona, molde completo con metal noble.	\$385
• D2794: Corona, de titanio y aleaciones de titanio	\$431

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
D2915: Recementar o readherir poste y muñón fabricado en forma indirecta o prefabricado. <i>Uno (D2915 o D2920) por diente cada 2 años calendario.</i>	\$31
D2920: Recementar o readherir corona. <i>Uno (D2915 o D2920) por diente cada 2 años calendario.</i>	\$32
D2928: Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente permanente. <i>Uno por diente cada 2 años calendario.</i>	\$96
D2940: Restauración protectora. <i>Una vez por diente de por vida.</i>	\$32
D2950: Reconstrucción del muñón, incluidas las espigas cuando sea necesario. <i>Uno (D2950, D2952 o D2954) por diente cada 5 años calendario.</i>	\$76
D2951: Retención de la espiga, por diente, además de la restauración. <i>Uno por diente cada 2 años calendario.</i>	\$18
D2952: Poste y muñón además de corona, fabricados indirectamente - <i>Uno (D2950, D2952 o D2954) por diente cada 5 años calendario.</i>	\$108
D2953: Cada poste adicional fabricado indirectamente, mismo diente. <i>Uno por diente cada 5 años calendario cuando se factura con D2952.</i>	\$56
D2954: Poste y muñón prefabricados, además de la corona. <i>Uno (D2950, D2952 o D2954) por diente cada 5 años calendario.</i>	\$96
D2956: Extracción de una restauración indirecta en un diente natural: <i>incluida en la tarifa por cualquier servicio de restauración posterior.</i>	\$0
D2976: Estabilización con banda: por diente. <i>Uno en la vida por diente.</i>	\$49

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
D2980: Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración. <i>Uno por diente cada 2 años calendario.</i>	\$74
D2982: Reparación de recubrimiento necesaria por falla del material de restauración. <i>Uno por diente cada 2 años calendario.</i>	\$108
D2989: Excavación de un diente cuyo resultado es la determinación de no restaurabilidad.	\$0
Servicios de endodoncia cubiertos (D3000-D3999) Los tratamientos de conductos y los retratamientos están limitados a no más de dos por año calendario (D3310, D3320, D3330, D3346, D3347 o D3348)	
D3110: Recubrimiento de la pulpa, directo (no incluye la restauración final).	\$22
D3120: Recubrimiento de la pulpa, indirecto (no incluye la restauración final).	\$23
D3220: Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final), extracción de la pulpa coronal en la unión dentinocemental y aplicación de medicamento. <i>Uno (D3220 o D3321) por diente de por vida.</i>	\$54
D3221: Desbridamiento de la pulpa, dientes primarios y permanentes. <i>Uno (D3220 o D3321) por diente de por vida.</i>	\$80
D3310: Terapia endodóntica, dientes anteriores (no incluye restauración final) <i>Un tratamiento de conductos (D3310, D3320 o D3330) por diente de por vida.</i>	\$315
D3320: Terapia de endodóntica, diente premolar (excluyendo restauración final) <i>Un tratamiento de conductos (D3310, D3320 o D3330) por diente de por vida.</i>	\$360

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
D3330: Terapia endodóntica, diente molar (excluyendo restauración final). <i>Un tratamiento de conductos (D3310, D3320 o D3330) por diente de por vida.</i>	\$488
D3331: Tratamiento de obstrucción de conducto radicular; acceso no quirúrgico	\$162
D3346: Retratamiento del tratamiento de conductos, dientes anteriores. <i>Uno (D3346, D3347 o D3348) por diente cada 2 años calendario.</i>	\$453
D3347: Retratamiento de tratamiento de conductos previo, premolar. <i>Uno (D3346, D3347 o D3348) por diente cada 2 años calendario.</i>	\$507
D3348: Retratamiento de la terapia previa de endodoncia, molar. <i>Uno (D3346, D3347 o D3348) por diente cada 2 años calendario.</i>	\$625
D3410: Apicectomía, dientes anteriores. <i>Una vez por diente de por vida.</i>	\$414
D3421: Apicectomía: premolar (primera raíz). <i>Una vez por diente de por vida.</i>	\$455
D3425: Apicectomía, molar (primera raíz). <i>Una vez por diente de por vida.</i>	\$497
D3426: Apicectomía (cada raíz adicional). <i>Una vez por diente de por vida.</i>	\$133
D3450: Amputación de raíz, por raíz. <i>Una vez por diente de por vida.</i>	\$110
D3450: Amputación de raíz, por raíz. <i>Una vez por diente de por vida.</i>	\$271
Servicios de periodoncia cubiertos (D4000-D4999)	

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Incluye evaluaciones preoperatorias y postoperatorias y tratamiento bajo anestesia local.	
D4210: Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante. <i>Uno (D4210 o D4211) por cuadrante cada 3 años calendario.</i>	\$227
D4211: Gingivectomía o gingivoplastia, uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante. <i>Uno (D4210 o D4211) por cuadrante cada 3 años calendario.</i>	\$107
D4212: Gingivectomía o gingivoplastia para dar acceso al procedimiento restaurador, por diente.	\$0
D4240: Procedimiento de colgajo gingival, incluye el alisado radicular, cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante. <i>Uno (D4240 o D4241) por cuadrante cada 3 años calendario.</i>	\$272
D4241: Procedimiento de colgajo gingival, incluye el alisado radicular, uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante. <i>Uno (D4240 o D4241) por cuadrante cada 3 años calendario.</i>	\$269
D4249: Alargamiento de corona clínica, tejido duro. <i>Una vez por diente permanente de por vida</i>	\$301
D4260: Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo de grosor total y cierre): cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante. <i>Uno (D4260 o D4261) por cuadrante cada 3 años calendario.</i>	\$643
D4261: Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo de grosor total y cierre): uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por	\$472

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
cuadrante. <i>Uno (D4260 o D4261) por cuadrante cada 3 años calendario.</i>	
D4266: Regeneración tisular guiada, barrera reabsorbible, por sitio	\$267
D4341: Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular, cuatro o más dientes por cuadrante, <i>Uno (D4341 o D4342) por cuadrante cada 2 años calendario.</i>	\$0
D4342: Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular: uno a tres dientes por cuadrante. <i>Uno (D4341 o D4342) por cuadrante cada 2 años calendario.</i>	\$0
D4346: Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave: boca completa, después de evaluación oral. <i>Dos (D1110, D4346 o D4910) cada año calendario.</i>	\$0
D4355: Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y diagnóstico periodontal integral en una consulta posterior. <i>Una cada 2 años calendario.</i>	\$43
D4381: Aplicación localizada de agentes antimicrobianos por medio de un vehículo de liberación controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente. <i>Uno por diente cada 2 años calendario.</i>	\$21
D4910: Mantenimiento periodontal <i>Dos (D1110, D4346 o D4910) cada año calendario.</i>	\$0
D4921: Irrigación gingival, con un agente medicinal, por cuadrante	\$0

- Prótesis cubiertas, otras cirugías orales/maxilofaciales y otros servicios (D5000-D5899)**

Para todas las dentaduras postizas y parciales incluidas en la lista, el copago incluye tareas de ajuste y acondicionamiento tisular durante los 6 primeros meses posteriores a su colocación, si así fuera necesario. Para todos los listados

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prótesis dentales inmediatas y prótesis parciales removibles inmediatas, el copago incluye otros ajustes de entrega y acondicionamiento de tejidos, si es necesario, durante los primeros 3 meses después de la colocación. Debe seguir siendo elegible y el servicio debe proporcionarse en el centro de atención del dentista contratado en el que se entregó la dentadura postiza originalmente. Para el reemplazo de una dentadura postiza o de una dentadura postiza parcial se requiere que la dentadura postiza actual tenga más de 5 años de edad.	
• D5110: Dentadura postiza completa, maxilar.	\$447
• D5120: Dentadura postiza completa, mandibular.	\$471
• D5130: Dentadura postiza inmediata, maxilar.	\$435
• D5140: Dentadura postiza inmediata, mandibular.	\$417
• D5211: Dentadura postiza parcial maxilar: base de resina (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes)	\$309
• D5212: Dentadura postiza parcial mandibular: base de resina (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes)	\$326
• D5213: Dentadura postiza maxilar parcial: estructura de metal preformado con bases de resina para dentadura postiza (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes).	\$474
• D5214: Dentadura postiza mandibular parcial: estructura de metal preformado con bases de resina para dentadura postiza (incluye materiales para retener o sujetar y dientes).	\$467
• D5221: Dentadura postiza parcial maxilar inmediata: base de resina (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes).	\$294

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• D5222: Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: base de resina (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes)	\$287
• D5223: Dentadura postiza maxilar parcial inmediata: estructura de metal preformado con bases de resina para dentadura postiza (incluye materiales para retener, sujetar y dientes)	\$424
• D5224: Dentadura postiza inmediata parcial mandibular: estructura de metal fundido con bases de resina para dentaduras postizas (incluye los materiales de retención o sujeción, soporte y dientes)	\$428
• D5225: Dentadura postiza maxilar parcial: base flexible (incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes)	\$398
• D5226: Dentadura postiza parcial mandibular: base flexible (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes)	\$400
• D5227: Dentadura postiza maxilar parcial inmediata: base flexible (incluye retenedores, soportes y dientes)	\$395
• D5228: Dentadura postiza mandibular parcial inmediata: base flexible (incluye retenedores, soportes y dientes)	\$366
• D5410: Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar. <i>Dos por año calendario.</i>	\$25
• D5411: Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular. <i>Dos por año calendario.</i>	\$25
• D5421: Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar. <i>Dos por año calendario.</i>	\$27
• D5422: Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular. <i>Dos por año calendario.</i>	\$26

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
D5511: Reparación de fractura de base de dentadura postiza completa, mandibular. <i>Dos por año calendario.</i>	\$57
D5512: Reparación de fractura de base de dentadura postiza completa, maxilar. <i>Dos por año calendario.</i>	\$56
D5520: Reemplazo de dientes rotos o faltantes, dentadura postiza completa (cada diente). <i>Dos por año calendario.</i>	\$47
D5611: Reparación de la resina de base de dentadura postiza parcial, mandibular. <i>Una (D5611 o D5621) cada año calendario.</i>	\$55
D5612: Reparación de la resina de base de dentadura postiza parcial, maxilar. <i>Una (D5612 o D5622) cada año calendario.</i>	\$55
D5621: Reparación del molde parcial, mandibular. <i>Una (D5611 o D5621) cada año calendario.</i>	\$69
D5622: Reparación del molde parcial, maxilar. <i>Una (D5612 o D5622) cada año calendario.</i>	\$65
D5630: Reparación o reemplazo de los materiales rotos para retener o sujetar, por cada diente. <i>Una (D5611- D5660) cada año calendario.</i>	\$64
D5640: Reemplazo de dientes rotos, por diente. <i>Una (D5611- D5660) cada año calendario.</i>	\$52
D5650: Adición de dientes a dentadura postiza parcial existente. <i>Una (D5611- D5660) cada año calendario.</i>	\$59
D5660: Adición de ganchos a dentadura postiza parcial existente, por diente. <i>Una (D5611- D5660) cada año calendario.</i>	\$65
D5710: Rebasado de dentadura postiza completa maxilar. <i>Una cada 2 años calendario.</i>	\$145
D5711: Rebasado de dentadura postiza completa mandibular. <i>Una cada 2 años calendario.</i>	\$141

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
D5720: Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar. <i>Una cada 2 años calendario.</i>	\$138
D5721: Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular. <i>Una cada 2 años calendario.</i>	\$143
D5730: Rellenado de dentadura postiza maxilar completa (directo). <i>Dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario.</i>	\$92
D5731: Rellenado de dentadura postiza mandibular completa (directo). <i>Dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario.</i>	\$89
D5740: Rellenado de dentadura postiza maxilar parcial (directo). <i>Dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario.</i>	\$84
D5741: Rellenado de dentadura postiza mandibular parcial (directo). <i>Dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario.</i>	\$85
D5750: Rellenado de dentadura postiza maxilar completa (indirecto). <i>Dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario.</i>	\$122
D5751: Rellenado de dentadura postiza mandibular completa (indirecto). <i>Dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario.</i>	\$122
D5760: Rellenado de dentadura postiza maxilar parcial (indirecto). <i>Dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario.</i>	\$120
D5761: Rellenado de dentadura postiza mandibular parcial (indirecto). <i>Dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario.</i>	\$121

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
D5765: Revestimiento suave para dentadura postiza removible total o parcial: indirecto. <i>Dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario.</i>	\$112
D5820: Dentadura postiza parcial temporal (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes), maxilar. <i>Una cada 5 años calendario.</i>	\$179
D5821: Dentadura postiza parcial temporal (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes), mandibular. <i>Una cada 5 años calendario.</i>	\$179
D5850: Acondicionamiento de tejido, maxilar. <i>Una cada año calendario</i>	\$47
D5851: Acondicionamiento de tejido, mandibular. <i>Una cada año calendario</i>	\$49
D5863: Sobredentadura maxilar superior completa, soportada por diente natural.	\$668
D5864: Sobredentadura parcial maxilar soportada por diente natural.	\$522
D5865: Sobredentadura mandibular completa soportada por diente natural.	\$738
D5866: Sobredentadura parcial mandibular soportada por diente natural	\$518

- Prótesis cubiertas, servicios fijos (D6200-D6999)**

Cada retenedor y cada pónico constituyen una unidad en una dentadura postiza parcial fija o puente.

El reemplazo de una corona, un pónico, una incrustación, un recubrimiento o un dispositivo dental para el estrés requiere que el puente existente tenga más de 5 años de antigüedad.

Observación: Cuando una corona o pónico supera las seis unidades en el mismo plan de tratamiento, es posible que se le cobre al miembro un monto adicional de **\$175** por unidad, después de la 6a unidad.

Las coronas o los pónicos de marca, procesados en el laboratorio o en el consultorio, producidos a través de una técnica o materiales especializados se consideran mejoras del material. El dentista contratado

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
puede cobrar una tarifa adicional de no más de \$150, además del copago indicado. Consulte “Exclusiones y limitaciones dentales de Advantage Plus” en la Sección 3.1 para obtener más información.	
• D6210: Póntico, molde con alto contenido de metal noble	\$303
• D6211: Póntico, molde con vase de metal predominante.	\$245
• D6212: Póntico, molde con metal noble	283
• D6240: Póntico, porcelana fundida con alto contenido de metal noble.	\$344
• D6241: Póntico, porcelana fundida con base de metal predominante.	\$269
• D6242: Póntico - porcelana fusionada a metal noble	\$293
• D6243: Póntico, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	\$286
• D6245: Póntico, porcelana/cerámica.	\$337
• D6250: Póntico, resina con alto contenido de metal noble.	\$282
• D6251: Póntico, resina con base de metal predominante.	\$255
• D6252: Póntico, resina con metal noble.	\$245
• D6602: Incrustación de Retenedor, molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	\$146
• D6603: Incrustación de Retenedor, molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies.	\$285

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• D6604: Incrustación de Retenedor, molde con metal base principalmente, dos superficies.	\$138
• D6605: Incrustación de Retenedor, molde con base de metal predominante, tres o más superficies.	\$237
• D6606: Incrustación de Retenedor, molde con metal noble, dos superficies.	\$177
• D6607: Incrustación de Retenedor, molde con metal noble, tres o más superficies.	\$380
• D6608: Recubrimiento de Retenedor, porcelana/cerámica, dos superficies.	\$268
• D6609: Recubrimiento de Retenedor, porcelana/cerámica, tres o más superficies.	\$315
• D6610: Recubrimiento de Retenedor, molde con alto contenido de metal noble, dos superficies.	\$276
• D6611: Recubrimiento de Retenedor, molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies.	\$279
• D6612: Recubrimiento de Retenedor, molde con base de metal predominante, dos superficies.	\$272
• D6613: Recubrimiento de Retenedor, molde con base de metal predominante, tres o más superficies.	\$281
• D6614: Recubrimiento de Retenedor, molde con metal noble, dos superficies.	\$259
• D6615: Recubrimiento de Retenedor, molde con metal noble, tres o más superficies.	\$284
• D6720: Corona de Retención, resina con alto contenido de metal noble.	\$426

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• D6721: Corona de Retención, resina con base de metal predominante	\$369
• D6722: Corona de Retención, resina con metal noble.	\$438
• D6740: Corona de Retención, porcelana/cerámica.	\$442
• D6750: Corona de Retención, porcelana fundida con alto contenido de metal noble.	\$427
• D6751: Corona de Retención, porcelana fundida con base de metal predominante	\$384
• D6752: Corona de Retención, porcelana fundida con metal noble.	\$393
• D6753: Corona de retención: porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	\$430
• D6780: Corona de Retención, ¾ de molde con alto contenido de metal noble.	\$444
• D6781: Corona de Retención, ¾ de molde con base de metal predominante	\$369
• D6782: Corona de Retención, ¾ de molde con metal noble.	\$448
• D6783: Corona de Retención, ¾ de porcelana/cerámica.	\$438
• D6784: Corona de retención: 3/4 de titanio y aleaciones de titanio	\$528
• D6790: Corona de Retención, molde completo con alto contenido de metal noble.	\$431
• D6791: Corona de Retención, molde completo con base de metal base predominante.	\$372

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
D6792: Corona de Retención, molde completo con metal noble.	\$394
D6930: Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija <i>Una cada 2 años calendario.</i>	\$44
D6940: Dispositivo dental para el estrés. <i>Una cada 5 años calendario.</i>	\$80
D6980: Dentadura postiza parcial fija necesaria debido a una falla en el material restaurativo. <i>Una cada 5 años calendario.</i>	\$86
Servicios orales y maxilofaciales cubiertos (D7000-D7999) Incluye evaluaciones preoperatorias y posoperatorias, y tratamiento con anestesia local. Las extracciones están limitadas a no más de tres por año calendario (cualquier combinación de D7140, D7210, D7220, D7230, D7240, D7241, D7250 o D7251).	
D7140: Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta (extracción por elevación o con fórceps).	\$22
D7210: Extracción, diente erupcionado que requiere la extracción de hueso o la elección de un diente, e incluye la elevación del colgajo mucoperiósteo si está indicado.	\$113
D7220: Extracción de diente traumatizado, tejido blando.	\$13
D7230: Extracción de diente traumatizado, parcialmente óseo.	\$182
D7240: Extracción de diente traumatizado, completamente óseo.	\$215
D7241: Extracción de diente traumatizado, completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales.	\$246
D7250: Extracción de raíces dentales residuales (con incisión).	\$124

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
D7251: Coronectomía: extracción parcial intencional de dientes, solo dientes impactados	\$242
D7270: Reimplantación de diente o estabilización de diente erupcionado o desplazado accidentalmente	\$144
D7280: Exposición de un diente no erupcionado <i>Una vez por diente de por vida.</i>	\$246
D7282: Movilización de dientes erupcionados o mal posicionados para ayudar a la erupción. <i>Una vez por diente de por vida.</i>	\$149
D7284: Biopsia por escisión de glándulas salivales menores.	\$189
D7286: Biopsia incisional de tejido bucal, blando. <i>Uno en el mismo día.</i>	\$173
D7288: Biopsia de cepillo: recolección de muestra transepitelial. <i>Una cada año calendario</i>	\$59
D7310: Alveoloplastia con extracciones, cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante. <i>Uno (D7310 o D7311) por cuadrante de por vida.</i>	\$104
D7311: Alveoloplastia con extracciones, de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante. <i>Uno (D7310 o D7311) por cuadrante de por vida.</i>	\$96
D7320: Alveoloplastia sin extracciones, cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante. <i>Uno (D7320 o D7321) por cuadrante de por vida.</i>	\$167
D7321: Alveoloplastia sin extracciones, de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante. <i>Uno (D7320 o D7321) por cuadrante de por vida.</i>	\$124

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
D7340: Vestibuloplastia, extensión de la cresta (epitelialización secundaria).	\$280
D7350: Vestibuloplastia, extensión de la cresta (incluye injertos de tejido blando, reacoplamiento del músculo, revisión de la unión del tejido blando y manejo del tejido hipertrofiado e hiperplásico)	\$461
D7450: Extirpación de quiste o tumor odontógeno benigno, lesión con un diámetro de hasta 1.25 cm. <i>Una por día</i>	\$299
D7451: Extirpación de quiste o tumor odontógeno benigno, lesión con un diámetro mayor de 1.25 cm. <i>Una por día</i>	\$490
D7471: Extirpación de exostosis lateral (maxilar o mandibular). <i>Uno por cuadrante de por vida.</i>	\$350
D7472: Extirpación de rodete palatino. <i>Uno por arco de por vida.</i>	\$435
D7473: Extirpación de rodete mandibular. <i>Uno por arco de por vida.</i>	\$366
D7510: Incisión y drenaje de abscesos, tejido intrabucal blando. <i>Una por día</i>	\$86
D7922: Colocación de apósitos biológicos de alveolo dentario interno para ayudar a la hemostasis o estabilización de coágulos, por sitio.	\$0
D7953: Injerto de reemplazo óseo para la preservación de la cresta, por sitio. <i>Uno de por vida por sitio.</i>	\$234
D7970: Extirpación de tejido hiperplásico: por arco. <i>Uno por arco de por vida.</i>	\$245
D7971: Extirpación de la encía pericoronaria. <i>Una vez por diente de por vida.</i>	\$107

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios generales complementarios cubiertos	
D9211: Anestesia por bloqueo regional.	\$0
D9212: Anestesia por bloqueo del trigémino.	\$0
D9215: Anestesia local junto con operaciones o procedimientos quirúrgicos.	\$0
D9219: Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general Una cada año calendario	\$0
D9222: Sedación profunda/anestesia general: primeros 15 minutos	\$140
D9223: Sedación profunda/anestesia general, cada incremento posterior de 15 minutos	\$38
D9224: Administración de anestesia general con vía aérea avanzada: primer incremento de 15 minutos, o cualquier parte del mismo.	\$101
D9225: Administración de anestesia general con vía aérea avanzada: cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier parte del mismo.	\$96
D9230: Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis	\$9
D9239: Analgesia/sedación moderada (consciente) intravenosa, primeros 15 minutos	\$39
D9243: Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente), cada incremento subsecuente de 15 minutos	\$32

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
D9244: Administración en consultorio de sedación mínima: fármaco único, enteral. <i>Tres (D9244, D9245, D9246 y D9247) cada año calendario.</i>	\$29
D9245: Administración de sedación moderada, enteral. <i>Tres (D9244, D9245, D9246 y D9247) cada año calendario.</i>	\$29
D9246: Administración de sedación moderada; parenteral no intravenosa, primer incremento de 15 minutos, o cualquier porción del mismo. <i>Tres (D9244, D9245, D9246 y D9247) cada año calendario.</i>	\$50
D9247: Administración de sedación moderada – parenteral no intravenosa – cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier parte del mismo. <i>Tres (D9244, D9245, D9246 y D9247) cada año calendario.</i>	\$22
D9310: Consulta, servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista o un médico que no sea el dentista o médico a cargo del tratamiento. <i>Uno de por vida por proveedor.</i>	\$27
D9311: Consulta con un profesional de atención médica	\$0
D9430: Visita al consultorio para observación (durante el horario de atención regular); no se proporcionan otros servicios. <i>Una cada año calendario</i>	\$9
D9440: Visita al consultorio, después del horario de atención regular. <i>Una cada año calendario</i>	\$22
D9450: Presentación de casos, posterior a la planificación detallada y amplia del tratamiento.	\$0
D9912: Evaluación del paciente previo a la visita.	\$0

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
D9932: Limpieza e inspección de una dentadura postiza completa maxilar extraíble.	\$0
D9933: Limpieza e inspección de una dentadura postiza completa mandibular extraíble.	\$0
D9934: Limpieza e inspección de una dentadura postiza parcial maxilar extraíble.	\$0
D9935: Limpieza e inspección de una dentadura postiza parcial mandibular extraíble.	\$0
D9951: Ajuste oclusal: limitado. <i>Una cada 5 años calendario.</i>	\$18
D9952: Ajuste oclusal: completo. <i>Una cada 5 años calendario.</i>	\$160
D9975: Blanqueamiento externo para aplicación en el hogar, por arco; incluye materiales y fabricación de bandejas personalizadas: limitado a una bandeja de blanqueamiento y un gel para dos semanas de autotratamiento.	\$22
D9990: Traducción certificada o servicios de lengua de señas, por consulta.	\$0
D9991: Manejo de casos dentales, cómo abordar el tema de las barreras para el cumplimiento de las citas.	\$0
D9992: Manejo de casos dentales, coordinación de la atención.	\$0
D9995: Teleodontología, sincronizada; consulta en tiempo real.	\$0
Cuidado dental de emergencia*† Si necesita recibir atención dental de emergencia, debe comunicarse con su dentista asignado de DeltaCare USA o a Servicio al cliente de Delta Dental al 1-877-644-1774, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.	El mismo costo compartido que la atención dental no urgente.

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
p. m. EST, los 7 días de la semana; del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. EST (los usuarios de TTY deberán llamar al 711). Atención dental de emergencia cubierta que recibe de su dentista asignado de DeltaCare USA. - La atención dental de emergencia cubierta que reciba de un dentista que no sea el asignado de DeltaCare USA se limita a \$100 por emergencia, menos su costo compartido. Asimismo, la atención de emergencia cubierta se limita a la atención necesaria requerida para estabilizar su condición y proporcionar alivio paliativo. Además, si no se cumplen las siguientes condiciones, usted será responsable del costo total de la atención dental: - Hizo un intento razonable para comunicarse con su dentista asignado de DeltaCare USA y no lo puede atender en un plazo de 24 horas o cree que su condición hace que no sea razonable o imposible viajar hasta el consultorio del dentista asignado de DeltaCare USA. Si usted es un miembro nuevo que aún no tiene un dentista asignado, debe comunicarse con el Servicio al cliente de Delta Dental para que lo ayuden a encontrar un dentista de DeltaCare USA. - Llamó a Servicio al Cliente de Delta Dental antes de recibir atención dental de emergencia o es razonable que reciba atención dental de emergencia sin llamar a Servicio al Cliente considerando su condición y las circunstancias. Los reclamos por servicios dentales de emergencia cubiertos deben enviarse a Delta Dental en los 90 días posteriores a la fecha del tratamiento, a menos que pueda comprobar que no fue razonablemente posible presentar el reclamo en ese plazo. En ese caso, el reclamo debe recibirse dentro del año de la fecha del tratamiento. Envíe su reclamo a:	Debe pagar cualquier monto que supere el máximo de \$100 , menos el costo compartido correspondiente.

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Para: Departamento de Reclamos de Delta Dental P.O. Box 1803, Alpharetta, GA 30023.	
 Evaluación de depresión Cubrimos una evaluación de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referidos.	No hay coseguro, copago ni deducible por una visita anual de evaluación de depresión.
 Detección de la diabetes Cubrimos esta detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también se pueden cubrir si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y contar con antecedentes familiares de diabetes. 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar su glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. •  La capacitación para el autocontrol de la diabetes tiene cobertura solo si se cumplen ciertas condiciones. • Para personas con diabetes que padecen enfermedad grave del pie diabético: un par por año calendario de	\$0 Coseguro del 20 %

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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.	
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados† (Para ver una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes, 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 andaderas. 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 kp.org/directory/espanol. También cubrimos el siguiente DME sin cobertura de Medicare cuando sea necesario desde el punto de vista médico: • Equipo de fototerapia para el tratamiento de la dermatitis atópica. • Accesorios de cama como tabla, mesa o dispositivo de apoyo, luz de bilirrubina, bota/zapato quirúrgico y protector de talón o codo.	• \$0 por bastones y muletas proporcionados en un consultorio médico de la red, fototerapia domiciliaria para el tratamiento de la psoriasis y equipos de fototerapia para la dermatitis atópica. • Coseguro del 20 % para todos los demás artículos DME cubiertos. Equipo de oxígeno Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es el coseguro del 20 %, cada vez que recibe el equipo. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.
Atención de emergencia La atención de emergencia corresponde a los servicios que:	\$130 en el Departamento de Emergencias

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
- proporciona un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y - son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de 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), de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red es el mismo que cuando recibe estos servicios dentro de la red. Tiene cobertura para atención de emergencia en todo el mundo.	Este copago no se aplica si es admitido inmediata y directamente en el hospital como paciente hospitalizado (pero sí se aplica si es admitido en el hospital como paciente ambulatorio, por ejemplo, si es admitido para observación). †Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se estabilice su afección, debe dirigirse a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención o debe obtener una autorización del plan para recibir su atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red, y el costo que pagará es el valor del costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Beneficio de acondicionamiento físico (One Pass™) 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: Gimnasios y lugares de acondicionamiento físico: Usted recibe una membresía con acceso a una amplia variedad de gimnasios dentro de la red a través de la red básica y de prima. 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. Los gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios.	\$0

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Acondicionamiento físico en línea: usted tiene acceso a clases digitales de acondicionamiento físico en vivo y a programas de ejercicios físicos en cualquier momento por medio del sitio web o la aplicación móvil para los miembros de One Pass. • Acondicionamiento físico y actividades sociales: también tiene acceso a grupos, clubes y eventos sociales por medio del sitio web para los miembros de One Pass. • Kits de acondicionamiento físico en casa: si prefiere trabajar en casa, también puede seleccionar un kit de acondicionamiento físico en casa por año calendario, para Fuerza, Yoga o Danza. Los kits están sujetos a cambios y una vez seleccionados no se pueden cambiar. • Salud del cerebro: acceso en línea a programas de entrenamiento cognitivo para la salud del cerebro. Para obtener más información sobre los gimnasios y lugares de acondicionamiento físico participantes, los beneficios del programa o para configurar su cuenta en línea, visite www.YourOnePass.com o llame al 1-877-614-0618 (TTY 711), de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 10:00 p. m. Los siguientes servicios no están cubiertos: servicios adicionales (como entrenamiento personal, clases de acondicionamiento físico en grupo de pago, horario de acceso ampliado o clases adicionales fuera de la oferta de la membresía estándar). One Pass® es una marca registrada de Optum, Inc. en los EE. UU. y otras jurisdicciones, y es un programa voluntario. El programa One Pass y los servicios que ofrece varían según el plan, el área y la ubicación. La información proporcionada por este programa solo tiene fines informativos generales y no pretende ser un consejo médico ni debe interpretarse como tal. One Pass no se hace responsable de los servicios o la información proporcionada por terceros. Las personas deben consultar a un profesional de la salud adecuado antes de iniciar cualquier programa de ejercicios o para decidir qué puede ser adecuado para ellas.	

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Beneficio de asignación por aptitud física Los miembros reciben una asignación anual que puede usarse para actividades de acondicionamiento físico, como clases de acondicionamiento físico grupales pagas, sesiones de entrenamiento personal y tarifas de membresía de lugares de acondicionamiento físico fuera de la red. Cualquier cantidad no utilizada no se transfiere al año siguiente.	Asignación anual de \$400
 Programas de educación para la salud y el bienestar Estos son programas que se enfocan en condiciones médicas como la presión arterial alta, el colesterol, la diabetes, el asma y las dietas especiales. Los programas están diseñados para enriquecer la salud y el estilo de vida de los miembros, e incluyen control del peso, acondicionamiento físico y control del estrés. Para obtener más información sobre los programas para una vida sana, llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros o visite nuestro sitio web en kp.org/espanol.	\$0
Servicios para la audición 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 se las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	\$25
• Prueba de audición de rutina (una por año calendario). Observación: Los audífonos no están cubiertos, a menos que esté inscrito en Advantage Plus, según se describe en la Sección 2.1 de este capítulo.	\$0
 Prueba de detección del VIH Para personas que solicitan una prueba de detección del VIH o en riesgo alto de tener infección por VIH, cubriremos: • Una prueba de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para las pruebas de detección preventiva del VIH cubiertas por Medicare.

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de una agencia de atención de salud domiciliaria† Antes de obtener 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. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de medio tiempo o intermitentes de enfermería especializada y auxiliares de salud a domicilio (para que los cubra el beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y auxiliares de salud a domicilio deben sumar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana). • Fisioterapia y terapia ocupacional y del habla. • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos	\$0 Nota: No se aplica ningún costo compartido para los servicios de atención médica a domicilio y los artículos provistos conforme a 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.
Terapia de infusión en el hogar† La terapia de infusiones en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona 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). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de atención. • Capacitación y educación para el paciente que no están cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto.	\$0 para servicios profesionales, capacitación y seguimiento. Observación: Los componentes (como medicamentos de Medicare Parte B, DME y suministros médicos) necesarios para realizar una infusión en el hogar pueden estar sujetos a los costos compartidos correspondientes que se enumeran en otra parte de esta Tabla de beneficios médicos, según el artículo.

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusiones en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar.	
Cubrimos los suministros y medicamentos de infusiones en el hogar si se cumplen las condiciones siguientes: - El medicamento recetado está en la lista de medicamentos recetados disponibles de Medicare Parte D. - Aprobamos el medicamento recetado para la terapia de infusiones en el hogar. - Tiene una receta de un proveedor de la red y la surte en una farmacia de la red de medicamentos para infusiones en el hogar.	\$0 Nota: Si una farmacia de la red de infusiones intravenosas en el hogar no abastece un suministro o medicamento de infusiones intravenosas cubierto, el suministro o el medicamento puede estar sujeto a los costos compartidos aplicables que se indican en otras partes de este documento, dependiendo del servicio.
Atención médica en el hogar no cubierta por Medicare (atención domiciliar avanzada)[†] Cubrimos atención médica en su hogar que de otro modo no estaría cubierta por Medicare en ciertas situaciones para brindarle una alternativa a recibir o continuar recibiendo atención aguda en un hospital. Los servicios en el hogar deben ser: - Recetados por un médico del hospital de la red que haya determinado que, en función de su estado de salud, plan de tratamiento y entorno en el hogar, puede ser tratado de manera segura y eficaz en el hogar. - Elegidos por usted porque prefiere recibir la atención descrita en su plan de tratamiento en su hogar. Medically Home es nuestro proveedor de la red y proporcionará los siguientes servicios y artículos en su hogar de acuerdo con su plan de tratamiento durante el tiempo que los recete un médico de hospital de la red: - Visitas domiciliarias por parte de enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, terapeutas respiratorios, nutricionistas y profesionales de la salud en el hogar asistentes y otros profesionales	\$0

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
de la salud de acuerdo con el plan de tratamiento de atención domiciliaria y el alcance de práctica y licencia del proveedor. • Dispositivos de comunicación que le permitan comunicarse con el centro de comando de Medically Home las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esto incluye la tecnología de comunicación necesaria para respaldar una comunicación confiable y un dispositivo de alerta PERS para comunicarse con el centro de comando de Medically Home si no puede acceder a un teléfono. • El siguiente equipo necesario para garantizar un control adecuado en su domicilio: manguito/monitor de presión arterial, oxímetro de pulso, balanza y termómetro • Imágenes diagnósticas móviles y pruebas como radiografías, pruebas de laboratorio y electrocardiogramas. • Los siguientes elementos de seguridad: taburetes de ducha, asientos elevados para inodoro, agarraderas, calzador de mango largo y ayuda para ponerse los calcetines. • Comidas mientras recibe cuidados agudos en el hogar.	
Además, para los servicios y artículos cubiertos por Medicare que se enumeran a continuación, el costo compartido indicado en otra parte de este Cuadro de Beneficios Médicos no se aplica cuando los servicios y artículos se recetan como parte de su plan de tratamiento en el hogar: • Equipo médico duradero. • Suministros médicos. • Transporte de ida y vuelta en ambulancia a las instalaciones de la red cuando el transporte en ambulancia sea médicamente necesario. • Los siguientes servicios en un centro de la red si los servicios son parte de su plan de tratamiento en el hogar:	\$0

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
○ Consultas al Departamento de Emergencias de la red asociadas con este beneficio. ○ Servicios de radiología asociados a este beneficio. El costo compartido indicado en otra parte de este Cuadro de Beneficios Médicos se aplicará a todos los demás servicios y artículos que no forman parte de su plan de tratamiento en el hogar (por ejemplo, DME no relacionado con su plan de tratamiento en el hogar) o que son parte de su plan de tratamiento en el hogar, pero no se proporcionan en su hogar excepto como se indica antes. Observación: Para obtener información sobre el costo compartido de los medicamentos recetados, consulte la sección de medicamentos recetados de Medicare Parte B en esta tabla y el Capítulo 6 para los medicamentos recetados de Medicare Parte D.	
Cuidados paliativos Reúne los requisitos para obtener el beneficio de cuidados paliativos cuando el médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y le quedan seis meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para controlar sus síntomas y aliviar el dolor. • Atención de relevo a corto plazo • Atención a domicilio Cuando le aceptan en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si decide permanecer en él, deberá continuar pagando las primas del plan.	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Original Medicare y no nuestro plan.

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
*Para servicios de hospicio y servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que estén relacionados con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en 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. Para los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no se relacionan con su pronóstico terminal: si requiere servicios que no son de emergencia, que no son de urgencia, que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y que no se relacionan con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios dependerá de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si es necesario obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y cumple con las reglas del plan para la obtención del servicio, solo debe pagar el monto del costo compartido del plan para los servicios de la red. • *Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red, debe pagar el costo compartido según Original Medicare. Para los servicios que están cubiertos por nuestro plan, pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B: seguiremos cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, sin importar si se relacionan o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido de nuestro plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal, usted paga el costo compartido. Si están	

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
relacionados con su afección terminal, pagará el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4. Observación: Si necesita cuidados que no sean paliativos (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), contáctenos para coordinar los servicios.	
Nuestro plan cubre 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.	• \$0 por consulta de atención primaria • \$25 de atención especializada
 Vacunas Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la gripe/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 • Vacunas contra la hepatitis B, si tiene un riesgo de intermedio a alto de contraer hepatitis B • Vacunas contra el COVID-19 • Otras vacunas si está en situación de riesgo y cumplen las reglas de cobertura de Medicare Parte B También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos de acuerdo con nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 7 para más información.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la gripe/influenza, la hepatitis B y el COVID-19.
Atención para pacientes hospitalizados† Incluye atención de problemas médicos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en que ingresa formalmente al hospital con una	El costo compartido se aplica a cada hospitalización. \$335 por día para los días 1 a 6 de una hospitalización.

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
orden del médico. El día antes de que se le dé de alta es su último día como paciente hospitalizado. No hay un límite a la cantidad de días o servicios hospitalarios necesarios desde el punto de vista médico que se proporcionan de costumbre por hospitales generales de atención aguda. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada, si es necesario desde el punto de vista médico). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios regulares de enfermería. • El costo de unidades especiales de atención, como las unidades de cuidados intensivos o de terapia coronaria. • Medicamentos y Fármacos. • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como una silla de ruedas. • Costos de uso del quirófano y de la sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios para abuso de sustancias para pacientes hospitalizados. • Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/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	Por lo tanto, el resto de su hospitalización con cobertura es de \$0 . Además, no paga el copago del día del alta hospitalaria mencionado anteriormente, a menos que sea admitido y dado de alta el mismo día. †Si recibe atención médica hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se haya estabilizado, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
tarifa de Original Medicare. Si brindamos servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige recibir trasplantes en este lugar distante, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante de acuerdo con nuestras pautas de viaje y alojamiento, que están disponibles en Servicio a los Miembros. • Muestras de sangre: almacenamiento y administración incluidos • Servicios médicos Observación: Para ser considerado un paciente hospitalizado, el proveedor deberá expedir una orden para que lo admitan formalmente como paciente hospitalizado. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún pueda considerarse un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico† Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. • Ofrecemos cobertura hasta 190 días de por vida para hospitalizaciones en un hospital psiquiátrico certificado por Medicare. La cantidad de días de hospitalización cubiertos de por vida se reduce según la cantidad de días de tratamiento de salud mental como paciente hospitalizado cubierto previamente por Medicare en un hospital psiquiátrico. • El límite de 190 días no se aplica a las estadías por problemas de salud mental en la unidad psiquiátrica de un hospital general.	El costo compartido se aplica a cada hospitalización. \$335 por día de 1 a 5 días de hospitalización con cobertura. Por lo tanto, el resto de su hospitalización con cobertura es de \$0. Además, no paga el copago del día del alta hospitalaria mencionado anteriormente, a menos que sea admitido y dado de alta el mismo día.

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización sin cobertura† Si ha agotado sus beneficios de salud mental para pacientes internados o de un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) o si la estadía en el hospital o en un SNF no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía en el hospital o en un SNF. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o en el Centro de Enfermería Especializada. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (tales como análisis de laboratorio). • Radiografías, radiación y terapia de isótopos, incluidos los materiales y servicios técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros aparatos usados para curar fracturas y luxaciones. • Dispositivos protésicos y ortopédicos (excepto los dentales) que reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperante o defectuoso, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; soportes y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdidas o cambios en la condición física del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.	Si su hospitalización o estadía en un SNF ya no está cubierta, continuaremos cubriendo los servicios de Medicare Parte B con el costo compartido aplicable que se indica en otras partes de esta Tabla de beneficios médicos cuando los proporcionen los proveedores de la red.
 Terapia médica nutricional† 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.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles de Medicare

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 recetar estos servicios y renovar la orden cada año en caso de que necesite este tratamiento en el siguiente año calendario.	Servicios de terapia nutricional médica cubiertos.
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)† Los servicios del MDPP tienen cobertura para las personas elegibles de todos los planes de salud de Medicare. 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.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.
Medicamentos de Medicare Parte B† Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros del plan obtienen cobertura para estos medicamentos por medio de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Los medicamentos que, en general, no se autoadministra el paciente y que se inyectan o administran mediante infusión cuando recibe servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro de cirugía ambulatoria. • 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.	0 % o 20 % de coaseguro dependiendo del medicamento. Por favor llame a Servicio a los Miembros para saber qué medicamentos se ofrecen con un coseguro del 20 %. Algunos medicamentos pueden costar menos del 20 % si se determina que esos medicamentos superan la cantidad de inflación.

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en casa de enfermedades primarias de deficiencia inmunitaria. • 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. • Medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y parenteral).	
• Otros medicamentos que tome mientras usa el equipo médico duradero (como los nebulizadores) que hayan sido autorizados por nuestro plan. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina necesaria desde el punto médico). • Factores de coagulación autoadministrados mediante inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su 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 de Medicare Parte D cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Algunos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que ingiera por vía oral, si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al	Usted debe pagar lo siguiente por un suministro de hasta 30 días para medicamentos de la Parte B incluidos en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, cuando los obtiene de una farmacia de la red: • \$0 por medicamentos genéricos. • \$47 por medicamentos de marca, excepto que paga \$35 por los medicamentos de insulina de la Parte B provistos a través de un artículo de DME.

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
ser ingerido, 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. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer, si se administran antes o dentro de las 48 horas de la quimioterapia, o si se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos por la Medicare Parte B. • Ciertos medicamentos para hacerse diálisis en el hogar, entre ellos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si padece insuficiencia renal terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas afecciones (como Procrit®, Retacrit®, Epoetina Alfa, Aranesp® o Darbepoetina Alfa). • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona adecuadamente instruida (que puede ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. Observación: También cubrimos algunas vacunas bajo la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. En el Capítulo 5 se explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que se cubran las recetas médicas. Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D por medio de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Línea directa de enfermería. 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.	\$0
 Detección y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, le ofrecemos cobertura para el asesoramiento intensivo con el fin de ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento tiene cobertura si lo recibe en un centro de atención médica primaria en el que pueda coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o médico de cabecera para obtener más información.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección preventivas y el tratamiento de la obesidad.
Servicios del programa de tratamiento de opioides† Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioide (Opioid Use Disorder, OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:	Usted paga 0 % o un coseguro del 20 % por medicamentos de Medicare Parte B administrados clínicamente, según el medicamento, cuando los proporciona un Programa de Tratamiento con Opioides. Algunos medicamentos pueden ser inferiores al 20 % si estos

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
- Medicamentos agonistas y tratamiento asistido con medicamentos antagonistas (Medication-Assisted Treatment, MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. - Dispensación y administración de los medicamentos MAT (si corresponde)	Algunos medicamentos pueden costar menos del 20 % si se determina que esos medicamentos superan la cantidad de inflación.
- Asesoramiento por abuso de sustancias. - Terapia individual y grupal. - Pruebas de toxicología. - Actividades de consumo. - Evaluaciones periódicas.	\$25
Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, y servicios y suministros terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: †Pruebas de laboratorio. †•Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como electrocardiogramas (Electrocardiogram, EKG), monitoreo con Holter y electroencefalogramas (Electroencephalogram, EEG), cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar una afección médica.	\$0 por los servicios realizados en un consultorio médico. \$35 por servicios brindados en un centro hospitalario ambulatorio.
†Ultrasonidos.	\$0 cuando se presta en un consultorio médico. \$50 por servicios brindados en un centro hospitalario ambulatorio.
Radiografías.	\$0 cuando se presta en un consultorio médico. \$50 por servicios brindados en un centro hospitalario ambulatorio.

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Férulas, yesos y otros aparatos usados para curar fracturas y luxaciones. • Muestras de sangre, almacenamiento y administración incluidos.	\$0
• †radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros del técnico	\$25
• †Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar un problema médico	• \$210 por los servicios realizados en un consultorio médico. • \$290 en un centro hospitalario ambulatorio.
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios: ○ †cualquier prueba de diagnóstico o procedimiento especial que se haga en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o 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	\$300
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios† 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. 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.	Cuando lo hospitalizan directamente para observación como paciente ambulatorio, debe pagar \$300 por estadía. Nota: No hay cargos adicionales para las hospitalizaciones de observación para pacientes ambulatorios cuando lo transfieren a observación desde un Departamento de Emergencias o después de una cirugía ambulatoria.

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará los montos de costo compartido correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún pueda considerarse un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si lo consideran paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios hospitalarios para pacientes externos† Ofrecemos cobertura para los servicios necesarios desde el punto de vista médico que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o una lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: Los servicios en un departamento de emergencias o en una clínica de pacientes externos, como servicios de observación o cirugía ambulatoria.	Departamento de Emergencias \$130 †Cirugía ambulatoria \$300 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.
Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.	\$35
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	\$55 por día.
Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.	X-rayos \$50

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	MRI, TC y TEP • \$290 Radioterapia. • \$25
• Suministros médicos, como férulas y yesos	\$0
• Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse. Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará los montos de costo compartido correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún pueda considerarse un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si lo consideran paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.	0 % o 20 % de coseguro dependiendo del medicamento. Por favor llame a Servicio a los Miembros para saber qué medicamentos se ofrecen con un coseguro del 20 % . Algunos medicamentos pueden costar menos del 20 % si se determina que esos medicamentos superan la cantidad de inflación.
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios† Los servicios cubiertos incluyen: los servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con certificación estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero especialista clínico, consejero profesional titulado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta matrimonial y familiar licenciado (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), profesional de enfermería avanzada (NP), asistente médico profesional (PA) u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo estipulado por las leyes estatales correspondientes. La autorización previa solo se aplica a la terapia electrónica ECT y a la biorretroalimentación.	Usted paga lo siguiente por consulta, según el tipo de consulta: • \$25 por consulta de terapia individual • \$12 por consulta de terapia grupal
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.	\$25

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	
Tratamiento ambulatorio para el trastorno por abuso de sustancias Cubrimos sesiones de terapia individual y grupal para la farmacodependencia y el abuso de sustancias.	Usted paga lo siguiente , según el tipo de consulta: • \$25 por consulta de terapia individual • \$12 por consulta de terapia grupal
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios† Observación: 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”.	\$300
Artículos de venta libre (OTC) Recibirá una tarjeta de extras saludables precargada con el límite de beneficio trimestral que figura a la derecha para comprar artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) elegibles en línea y en tiendas minoristas participantes. Su tarjeta se recargará el 1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre. La parte que no se utilice del límite de beneficio trimestral no se transfiere al siguiente trimestre. El costo de los artículos OTC elegibles se cubrirá hasta el saldo disponible en su tarjeta. Si hay antecedentes	\$0 hasta alcanzar el límite del beneficio trimestral de \$85

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
queda un importe restante por pagar, deberá utilizar otra forma de pago. Para activar su tarjeta, llame al 1-833-524-7035 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. EST, y proporcione su número de tarjeta y número de identificación de membresía. Para configurar su cuenta en línea, ver una lista de artículos OTC elegibles, encontrar tiendas participantes, verificar su saldo e historial de transacciones, comprar en línea o reemplazar una tarjeta perdida o robada, visite mybenefitscenter.com o llame a 1-833-524-7035 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. EST. También puede visitar mybenefitscenter.com y descargar la aplicación móvil OTC Network para encontrar minoristas participantes, localizar artículos elegibles, revisar su historial de transacciones y verificar el saldo de su tarjeta. También puede utilizar la aplicación móvil OTC en las tiendas para escanear artículos y comprobar su elegibilidad durante la compra y ver su saldo antes de pagar. Los miembros pueden descargar la aplicación móvil de OTC Network directamente desde la App Store de iTunes o GooglePlay. Busque “OTC Network” para descargar.	
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos† <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 obtiene en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta de matrimonio y familia con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia y es una alternativa a la hospitalización. Nota: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.	\$55 por día.

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<i>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios 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.</i>	\$55 por día.
Servicios de un médico o profesional médico, incluidas las visitas al consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: • 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. • Consultas para inyecciones, incluidas las inyecciones para las alergias. • 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.	Visitas al consultorio médico Usted paga lo siguiente , según el tipo de consulta: • \$0 s de atención primaria. • \$25 por visita de atención especializada. †Cirugía ambulatoria \$300
• Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Atención en nuestros centros de atención después del horario normal. Si necesita atención que no sea de emergencia después de que el consultorio de su PCP cierre, contamos con centros ambulatorios que brindan atención después del horario normal. Consulte el <i>Directorio de Proveedores</i> para conocer las ubicaciones y los horarios de atención.	\$25
• Ciertos servicios de telesalud, incluidos: atención primaria y especializada, que incluye servicios de rehabilitación cardíaca, servicios de urgencia, servicios de salud a domiciliaria, salud mental, física	\$0

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
servicios de terapia y patología del habla y el lenguaje, servicios de podología, servicios psiquiátricos, servicios de programas de tratamiento con opioides, servicios de laboratorio, procedimientos y pruebas de diagnóstico, servicios hospitalarios ambulatorios, abuso de sustancias ambulatorias, equipo médico duradero, suministros médicos, suministros para diabéticos, servicios de diálisis, servicios de educación sobre enfermedades renales, capacitación para el automanejo de la diabetes, pruebas de audición, preparación para una cirugía o una hospitalización, y visitas de seguimiento después de una hospitalización, cirugía o visita al Departamento de Emergencias. Los servicios solo se proporcionarán a través de telesalud cuando el proveedor de la red que preste el servicio lo considere clínicamente apropiado. ○ 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: ○ Consultas interactivas por video para servicios profesionales cuando se puede proporcionar atención en este formato según lo determine un proveedor de la red. ○ Consultas mediante citas telefónicas programadas para servicios profesionales cuando se pueda proporcionar atención en este formato según lo determine un proveedor de la red. ● Servicios de telesalud para 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. ● Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un ataque cerebral, independientemente de su ubicación.	

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por abuso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los trastornos de salud mental en los siguientes casos: ○ Tiene una consulta en persona en el plazo de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud. ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a los casos anteriores en ciertas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud con Calificación Federal. • Evaluaciones virtuales (por ejemplo, por teléfono o consulta por video) con su médico durante 5 a 10 minutos si se cumple lo siguiente: ○ usted no es un paciente nuevo, y ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ la evaluación no implica una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más próxima disponible • Evaluación de video o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si se cumple lo siguiente: ○ usted no es un paciente nuevo, y ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ la evaluación no da lugar a una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más próxima disponible • Las consultas que su médico tenga con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica	

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de podología†. Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón de talón). • Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan a las extremidades inferiores.	Visitas al consultorio \$25 de atención especializada. †Cirugía ambulatoria \$300
 Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamento PrEP oral o inyectable aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el costo de la inyección del medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la valoración de riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. Una prueba única para detectar el virus de la hepatitis B.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio de la PrEP.
 Exámenes de detección del cáncer de próstata En hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Prueba del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la prueba del antígeno prostático específico anual.
Aparatos protésicos y ortésicos y suministros relacionados† Aparatos (que no sean dentales) que reemplacen completa o parcialmente partes o funciones del cuerpo. Esto incluye, entre otros:	• \$0 para los aparatos internos implantados quirúrgicamente, cabestrillos y

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
pruebas, ajustes o capacitación en el uso de aparatos protésicos y ortopédicos; así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluido el sostén quirúrgico después de una mastectomía). Se incluyen ciertos suministros relacionados con los aparatos protésicos y 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 Cuidado de la visión más adelante en este cuadro. También cubrimos los siguientes artículos y suministros no cubiertos por Medicare cuando sean médicamente necesarios: • Selladores y protectores para la piel.	férulas cuando se reciben en un consultorio médico de la red, y selladores y protectores de la piel. • Coseguro del 20 % por todos los demás aparatos y suministros cubiertos, incluidos los suministros para el cuidado de las heridas. Nota: Los suministros quirúrgicos, como vendajes y férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones, no están sujetos a autorización previa.
Servicios de rehabilitación pulmonar† 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.	\$35
Tratamiento en entorno residencial de los trastornos por abuso de sustancias y de la salud mental† Cubrimos los siguientes servicios cuando estos se prestan en un centro de tratamiento residencial con licencia y por encima del nivel de la atención de custodia: • Asesoramiento individual y en grupo. • Servicios médicos. • Revisión de medicamentos. • Habitación y alimentación. • Medicamentos recetados por un proveedor de la red como parte del plan de atención en el centro de tratamiento en entorno residencial, según las guías de la lista de medicamentos recetados disponibles	El costo compartido se aplica a cada hospitalización. usted paga lo siguiente: • \$335 por día, del día 1 a 5. Por lo tanto, el resto de su hospitalización es de \$0.

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
si se los administra el personal médico de ese centro de atención. • Planificación del alta hospitalaria.	
 Prueba de detección del uso indebido del alcohol y asesoramiento para reducir su uso Cubrimos una prueba de detección del consumo indebido de alcohol en adultos (incluidas las mujeres embarazadas), que consumen alcohol de forma indebida sin tener dependencia del alcohol. 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.	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.
 Prueba de detección de cáncer del pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas calificadas, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. Los miembros elegibles son personas de 50 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes de haber fumado al menos un paquete diario de tabaco durante 20 años y que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para una LDCT durante una visita de asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y toma compartida de decisiones que cumple los requisitos de Medicare para dichas visitas y que está a cargo de un médico o un profesional médico calificado que no es un médico. Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante una LDCT después de la LDCT inicial: los miembros deben recibir una orden para una prueba de detección de cáncer de pulmón mediante una LDCT, que puede realizar un médico o un profesional médico calificado que no es un médico durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o un profesional médico calificado no decide ofrecer asesoramiento sobre la evaluación del cáncer de pulmón y compartir	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma compartida de decisiones cubierta por Medicare, ni para la LDCT.

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
visita para tomar una decisión sobre futuras pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para este tipo de visitas.	
 Detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado solicita una y usted cumple con una de estas condiciones: • Corre un alto riesgo porque usa o ha usado drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una sola vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha continuado consumiendo drogas inyectables ilegales desde su última prueba de detección de hepatitis C que dio negativa), cubrimos las pruebas de detección anuales.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.
 Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para embarazadas y algunas personas que tienen mayor riesgo de contraer una ITS cuando las ordena un médico de cabecera. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo. 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 servicio preventivo si las brinda un médico de atención primaria	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección de ITS y asesoramiento sobre ITS.

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
y se realizan en un entorno de atención primaria, tal como un consultorio médico.	
Servicios para tratar las enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de educación sobre las enfermedades renales para que los miembros conozcan el tema y tomen decisiones informadas acerca de su atención. Cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales de por vida para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando los refiera su médico.	\$0
- Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 o cuando el proveedor de este servicio no esté disponible temporalmente o sea inaccesible). - Capacitación para la autodiálisis (incluye la capacitación para usted y alguna persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). - Equipo y suministros para diálisis en el hogar - Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, en caso de ser necesarias, las visitas de trabajadores capacitados en diálisis para revisar su diálisis en el hogar, ayudar en casos de emergencia y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua).	Coseguro del 20 %
†Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se lo admite como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial)	No se cobrarán cargos adicionales por los servicios recibidos durante las hospitalizaciones. Consulte la Sección “Atención para pacientes hospitalizados” de este Cuadro de Beneficios Médicos para conocer los costos compartidos correspondientes a las hospitalizaciones.

Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte **Medicamentos de Medicare Parte B** en esta tabla.

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en centros de enfermería especializada (SNF)[†] (Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Este tipo de centros de enfermería especializada a veces se conocen como SNF). 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: • Habitación semiprivada (o privada, si es necesario desde el punto de vista médico). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia y terapia ocupacional y del habla. • Los medicamentos que se le administran como parte de nuestro plan de atención (incluidas la sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación). • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Suministros médicos y quirúrgicos que generalmente proporciona un SNF. • Análisis de laboratorio que generalmente proporciona un SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos que generalmente proporciona un SNF. • El uso de aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente proporciona un SNF. • Servicios de un médico o profesional médico En general, usted recibirá la atención en un SNF de la red. Si cumple las condiciones que se mencionan a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido correspondiente a un centro de atención de la red para usar un centro de atención que no pertenece a la red, siempre y cuando el centro de atención acepte los montos que paga nuestro plan.	Usted paga lo siguiente por periodo de beneficios: • \$0 para los días 1 al 20. • \$218 por día para los días 21 a 100. 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. Observación: Si un período de beneficios comienza en 2025 para usted y no termina hasta alguna fecha de 2026, el costo compartido de 2025 continuará hasta que finalice el período de beneficios.

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• 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). • Un SNF donde vive su cónyuge o pareja doméstica cuando usted deja el hospital.	
 Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan estos criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento. Cubrimos 2 intentos de abandono al año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, pudiendo el paciente recibir hasta 8 sesiones al año).	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos de asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Terapia Supervisada de Ejercicio (SET)[†] La Terapia Supervisada de Ejercicio (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierta para los miembros que padecen la enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y tienen un referido por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones a lo largo de un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • Consistir en sesiones que duren de 30 a 60 minutos, que incluyan un programa de ejercicio o entrenamiento terapéutico para la PAD dirigido a los pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico.	\$25

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Ofrecerle el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicio para la PAD. • Estar bajo supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. 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.	
Servicios de transporte: transporte médico no urgente no cubierto por Medicare†. Cubrimos viajes de ida ilimitados por año calendario en una camioneta con camilla o silla de ruedas con licencia para el transporte médicamente necesario y que no sea de emergencia hacia y desde centros médicos dentro de nuestra área de servicio, cuando lo ordene un proveedor de la red. Para obtener más información sobre este beneficio, comuníquese con Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (TTY 711).	• \$60 por viaje de ida en transporte adaptado para sillas de ruedas • \$125 por viaje de ida para traslados en ambulancia con camilla y camilla con ruedas
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 si, aunque se encuentre dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable debido a su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red. Nuestro 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. Visitas rutinarias al proveedor médicamente necesarias (como las anuales	Visitas al consultorio \$25 Nota: Si necesita atención urgente después de que el consultorio de su PCP cierre, contamos con centros ambulatorios que brindan atención después del horario normal. Consulte el <i>Directorio de Proveedores</i> para conocer las ubicaciones y los horarios de atención. Visitas al departamento de emergencias

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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. • Dentro del área de servicio: Usted debe recibir la atención de urgencia de los proveedores de la red, a menos que nuestra red de proveedores no se encuentre disponible o no se pueda acceder a ella temporalmente debido a una circunstancia inusual y extraordinaria (por ejemplo, una gran catástrofe). • Fuera del área de servicio: usted cuenta con cobertura de atención de urgencia en todo el mundo cuando viaja en caso de que necesite atención médica inmediata por alguna enfermedad o lesión imprevista y si cree razonablemente que su salud podría deteriorarse gravemente si retrasa el tratamiento hasta volver a su área de servicio. Consulte más información en la Sección 3 del Capítulo 3.	\$130 en el Departamento de Emergencias
Cuidado de la visión Los servicios cubiertos incluyen: • 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.	\$25
•  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. • Para las personas con diabetes, se cubre, una vez por año, una prueba de detección de retinopatía diabética. • 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:	\$0

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
○ Un examen de los ojos de rutina (examen de la refracción) por año calendario para determinar la necesidad de corrección de la vista y proporcionar recetas para anteojos.	
● Un par de anteojos o lentes de contacto (incluidas la adaptación y la entrega) después de cada cirugía de cataratas con implante de una lente intraocular. (Si tiene 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera operación y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda operación). ● Lentes o armazones correctivos (y su reemplazo) necesarios después de una cirugía de cataratas sin implante de cristalino.	Coseguro del 20 % por artículos para la visión de conformidad con las pautas de Medicare. *Observación: Si los artículos para la visión que compra cuestan más que el costo que Medicare cubre, usted paga la diferencia.
● Otros artículos para la visión: Una vez cada 24 meses, le proporcionamos una asignación 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 una vez cada 24 meses para los siguientes artículos: ○ Lentes para anteojos, si un proveedor de la red los coloca en un armazón. ○ Armazones para anteojos, si un proveedor de la red coloca dos lentes (al menos una con valor refractivo) en el armazón. ○ Adaptación y entrega de lentes de contacto. ● No otorgaremos la asignación para lentes ni armazones (aunque estén cubiertos de otra forma) si ya se proporcionó una en los últimos 24 meses. ● La asignación puede utilizarse solo en el punto de venta inicial. Si no usa la totalidad de su asignación en el punto de venta inicial, no puede usarla más adelante.	*Si el artículo para la visión que compra cuesta más de \$500, usted paga la diferencia.

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Nota: Esta asignación no puede usarse para cubrir artículos para la visión obtenidos después de la cirugía de cataratas. Observación: Este beneficio para el cuidado de la visión entra en vigencia en el año de contrato actual y es posible que no esté disponible el próximo año.	
 Bienvenido a la consulta preventiva de Medicare Nuestro plan cubre una consulta 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 referidos para otro tipo de atención, si es necesaria. Importante: Cubrimos la consulta 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 consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a la consulta preventiva de Bienvenido a Medicare.
Observación: Consulte el Capítulo 1, Sección 7 y el Capítulo 11 para obtener información sobre la coordinación de beneficios que se aplica a todos los servicios cubiertos descritos en este Cuadro de Beneficios Médicos.	

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

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

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

Sección 2.1 Beneficios adicionales opcionales adicionales que puede comprar

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

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

Cuándo puede inscribirse en Advantage Plus

Para inscribirse en Advantage Plus, seleccione dicha opción cuando complete el formulario de inscripción en Kaiser Permanente Senior Advantage. Si no seleccionó Advantage Plus cuando se inscribió en Kaiser Permanente Senior Advantage, puede inscribirse en Advantage Plus durante uno de los siguientes periodos enviándonos un formulario de inscripción en Advantage Plus debidamente cumplimentado:

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

Cancelación de la inscripción en Advantage Plus

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

Si cancela su inscripción en Advantage Plus y quiere inscribirse en el futuro, consulte la sección "Cuándo puede inscribirse en Advantage Plus" antes mencionada para conocer las fechas en las que puede inscribirse. Recuerde que sus beneficios de audífonos no se renuevan con la reinscripción, ya que los audífonos solo se cubren una vez cada 36 meses.

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

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	Lo que debe pagar*
Prima mensual adicional Esta prima se suma a la prima de su plan Senior Advantage (para obtener más información sobre la prima, consulte la Sección 4.3 del Capítulo 1).	\$12
Cobertura para audífonos*† Si está inscrito en Advantage Plus, cubrimos los servicios de audífonos que se mencionan a continuación cuando los receta un proveedor de la red (audiólogo clínico). Nosotros seleccionamos al proveedor que suministrará el audífono con cobertura. La cobertura se limita a los tipos y modelos de audífonos que suministre el proveedor o distribuidor. Ofrecemos cobertura de lo siguiente: • Una asignación de hasta \$500 por audífono, por oído, que puede usar para comprar un audífono cada 36 meses. Si se necesitan dos audífonos para proporcionar una mejoría importante que no se puede conseguir con un solo audífono, cubriremos un audífono para cada oído. La asignación de \$500 por oído solo se puede usar una vez en un periodo de 36 meses. Si no usa la totalidad de los \$500 en el punto inicial de venta, no puede usarlos más adelante. • Observación: Este beneficio para audífonos entra en vigencia en el año de contrato actual y es posible que no esté disponible el próximo año.	Si el audífono que compra cuesta más de \$500, usted paga la diferencia.
• Pruebas de audición para determinar los audífonos más apropiados. • Visitas para comprobar que los audífonos corresponden con la receta médica. • Consultas para la adaptación, el asesoramiento, el ajuste, la limpieza y la inspección después de que venza la garantía.	\$0

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**Advantage Plus**

(Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)

Lo que debe pagar***Atención dental adicional (programa dental de la HMO de DeltaCare® USA)*†**

El Plan de Salud tiene un acuerdo con Delta Dental Insurance Company ("Delta Dental") para ofrecerle el DeltaCare USA Dental HMO Program. DeltaCare USA proporciona atención dental integral a través de una red de dentistas contratados por Delta Dental para proporcionar servicios dentales. Para obtener información sobre los proveedores dentales, consulte el Directorio de Proveedores Dentales. El dentista de DeltaCare USA aplicará los beneficios que se mencionan a continuación según lo considere apropiado. Estos beneficios están sujetos a las limitaciones y exclusiones mencionadas en la Sección

3.2 de este capítulo. Los miembros deben analizar todas las opciones de tratamiento con el dentista de DeltaCare USA antes de que se presten los servicios. Si el dentista seleccionado de DeltaCare USA presta los servicios para uno de los procedimientos mencionados, el miembro paga el costo especificado. Para que los servicios estén cubiertos, los miembros deben recibir la atención dental de su dentista seleccionado de DeltaCare USA, excepto en casos de emergencia. Si un procedimiento no aparece en la siguiente lista, no está cubierto.

El texto que aparece en cursiva a continuación tiene por objeto específico aclarar la prestación de beneficios en el marco de los programas Dental HMO de DeltaCare USA y no debe interpretarse como códigos de procedimiento, nomenclatura o descriptores de la Terminología Odontológica Actual (Current Dental Terminology, CDT) que están bajo los derechos de autor de la Asociación Americana de Odontología (American Dental Association, ADA). La ADA puede actualizar de forma periódica los códigos de procedimiento, nomenclatura o descriptores de la CDT. Estas actualizaciones pueden utilizarse para describir estos procedimientos cubiertos en cumplimiento de la legislación federal.

• **Servicios de diagnóstico cubiertos (D0100-D0999) y preventivos (D1000-D1999)**

• D0364: Captura e interpretación de tomografía computarizada (CT) de haz cónico con campo de visión limitado: menos de una mandíbula completa. <i>Uno (D0364, D0365, D0366 o D0367) cada año calendario.</i>	\$66
• D0365: Captura e interpretación de TC de haz cónico con campo de visión de un arco dental completo (mandíbula). <i>Uno (D0364, D0365, D0366 o D0367) cada año calendario.</i>	\$76
• D0366: Captura e interpretación de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión de un arco dental completo (maxilar), con o sin cráneo - <i>Una (D0364, D0365, D0366 o D0367) cada año calendario.</i>	\$76
• D0367: Captura e interpretación de TC de haz cónico con campo de visión de ambas mandíbulas, con o sin cráneo - <i>Una (D0364, D0365, D0366 o D0367) cada año calendario.</i>	\$105

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

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	Lo que debe pagar*
D0391: Interpretación de la imagen diagnóstica por un profesional no asociado a la captura de la imagen, incluido el informe. <i>Una cada año calendario</i>	\$11
Servicios de restauración cubiertos (D2000-D2999) Incluye el pulido, todos los adhesivos y agentes de unión, recubrimiento pulpar indirecto, bases, recubrimientos y procedimientos de grabado con ácido Para el reemplazo de un empaste se requiere que la restauración actual tenga más de 2 años de antigüedad. Para el reemplazo de coronas y recubrimientos (onlays) se requiere que la restauración actual tenga más de 5 años de antigüedad. Los empastes están limitados a no más de dos procedimientos por año calendario (cualquier combinación de D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393 o D2394). Las coronas/incrustaciones están limitadas a no más de dos procedimientos por año calendario (cualquier combinación de D2542 - D2544, D2642 - D2644, D2710 - D2794). Está cubierto el metal base o el metal noble. Si un recubrimiento o un poste y muñón fabricados indirectamente están hechos con alto contenido de metal noble, se cobrará una tarifa adicional de hasta \$100 por diente por la mejora. Las coronas o los pónicos de marca, procesados en el laboratorio o en el consultorio, producidos a través de una técnica o materiales especializados se consideran mejoras del material. El dentista contratado podrá cobrar una tarifa adicional de no más de \$150, además del copago indicado. Consulte “Exclusiones y limitaciones dentales de Advantage Plus” en la Sección 3.1 para obtener más información.	
D2140: Amalgama, una superficie, diente de leche o permanente.	\$21
D2150: Amalgama, dos superficies, dientes de leche o permanentes.	\$27
D2160: Amalgama, tres superficies, dientes de leche o permanentes.	\$33
D2161: Amalgama, cuatro o más superficies, dientes de leche o permanentes.	\$38
D2330: Empaste a base de resina: una superficie, dientes anteriores	\$20
D2331: Empaste a base de resina: dos superficies, dientes anteriores.	\$24

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

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	Lo que debe pagar*
• D2332: Empaste a base de resina: tres superficies, dientes anteriores	\$29
• D2335: Empaste a base de resina: cuatro o más superficies	\$34
• D2390: Empaste a base de resina, corona, dientes anteriores	\$45
• D2391: Empaste a base de resina: una superficie, dientes posteriores	\$22
• D2392: Empaste a base de resina: dos superficies, dientes posteriores	\$28
• D2393: Empaste a base de resina: tres superficies, dientes posteriores	\$34
• D2394: Empaste a base de resina: cuatro o más superficies, dientes posteriores	\$38
• D2915: Recementar o readherir poste y muñón fabricado en forma indirecta o prefabricado. <i>Uno (D2915 o D2920) por diente cada 2 años calendario.</i>	\$12
• D2920: Recementar o readherir corona. <i>Uno (D2915 o D2920) por diente cada 2 años calendario.</i>	\$13
• D2928: Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente permanente. <i>Uno por diente cada 2 años calendario.</i>	\$39
• D2940: Restauración protectora. <i>Una vez por diente de por vida.</i>	\$13
• D2951: Retención de la espiga, por diente, además de la restauración. <i>Uno por diente cada 2 años calendario.</i>	\$7
• Servicios de endodoncia cubiertos (D3000-D3999) Los tratamientos de conductos y los retratamientos están limitados a no más de dos por año calendario (D3310, D3320, D3330, D3346, D3347 o D3348)	
• D3110: Recubrimiento de la pulpa, directo (no incluye la restauración final).	\$9

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

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	Lo que debe pagar*
D3120: Recubrimiento de la pulpa, indirecto (no incluye la restauración final).	\$9
D3220: Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final), extracción de la pulpa coronal en la unión dentinocemental y aplicación de medicamento. <i>Uno (D3220 o D3321) por diente de por vida.</i>	\$22
D3221: Desbridamiento de la pulpa, dientes primarios y permanentes. <i>Uno (D3220 o D3321) por diente de por vida.</i>	\$32
D3310: Terapia endodóntica, dientes anteriores (no incluye restauración final) <i>Un tratamiento de conductos (D3310, D3320 o D3330) por diente de por vida.</i>	\$126
D3320: Terapia de endodóntica, diente premolar (excluyendo restauración final) <i>Un tratamiento de conductos (D3310, D3320 o D3330) por diente de por vida.</i>	\$144
D3330: Terapia endodóntica, diente molar (excluyendo restauración final). <i>Un tratamiento de conductos (D3310, D3320 o D3330) por diente de por vida.</i>	\$195
D3331: Tratamiento de obstrucción de conducto radicular; acceso no quirúrgico	\$65
D3346: Retratamiento del tratamiento de conductos, dientes anteriores. <i>Uno (D3346, D3347 o D3348) por diente cada 2 años calendario.</i>	\$181
D3347: Retratamiento de tratamiento de conductos previo, premolar. <i>Uno (D3346, D3347 o D3348) por diente cada 2 años calendario.</i>	\$203
D3348: Retratamiento de la terapia previa de endodoncia, molar. <i>Uno (D3346, D3347 o D3348) por diente cada 2 años calendario.</i>	\$250
D3410: Apicectomía, dientes anteriores. <i>Una vez por diente de por vida.</i>	\$166
D3421: Apicectomía: premolar (primera raíz). <i>Una vez por diente de por vida.</i>	\$182
D3425: Apicectomía, molar (primera raíz). <i>Una vez por diente de por vida.</i>	\$199

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

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	Lo que debe pagar*
• D3426: Apicectomía (cada raíz adicional). <i>Una vez por diente de por vida.</i>	\$53
• D3430: Empaste retrógrado, por raíz. <i>Una vez por diente de por vida.</i>	\$44
• D3450: Amputación de raíz, por raíz. <i>Una vez por diente de por vida.</i>	\$108
• Servicios de periodoncia cubiertos (D4000-D4999) Incluye evaluaciones preoperatorias y postoperatorias y tratamiento bajo anestesia local.	
• D4210: Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante. <i>Uno (D4210 o D4211) por cuadrante cada 3 años calendario.</i>	\$91
• D4211: Gingivectomía o gingivoplastia, uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante. <i>Uno (D4210 o D4211) por cuadrante cada 3 años calendario.</i>	\$43
• D4240: Procedimiento de colgajo gingival, incluye el alisado radicular, cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante. <i>Uno (D4240 o D4241) por cuadrante cada 3 años calendario.</i>	\$109
• D4241: Procedimiento de colgajo gingival, incluye el alisado radicular, uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante. <i>Uno (D4240 o D4241) por cuadrante cada 3 años calendario.</i>	\$108
• D4249: Alargamiento de corona clínica, tejido duro. <i>Una vez por diente permanente de por vida</i>	\$120
• D4260: Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo de grosor total y cierre): cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante. <i>Uno (D4260 o D4261) por cuadrante cada 3 años calendario.</i>	\$257
• D4261: Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo de grosor total y cierre): uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante. <i>Uno (D4260 o D4261) por cuadrante cada 3 años calendario.</i>	\$189

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

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	Lo que debe pagar*
• D4266: Regeneración tisular guiada, barrera reabsorbible, por sitio	\$107
• D4355: Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y diagnóstico periodontal integral en una consulta posterior. <i>Una cada 2 años calendario.</i>	\$17
• D4381: Aplicación localizada de agentes antimicrobianos por medio de un vehículo de liberación controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente. <i>Uno por diente cada 2 años calendario.</i>	\$9
• Prótesis cubiertas, otras cirugías orales/maxilofaciales y otros servicios (D5000-D5899) Para todas las dentaduras postizas y parciales incluidas en la lista, el copago incluye tareas de ajuste y acondicionamiento tisular durante los 6 primeros meses posteriores a su colocación, si así fuera necesario. Para todas las dentaduras postizas y parciales removibles e inmediatas que estén incluidas en la lista, el copago incluye tareas de ajuste y acondicionamiento tisular durante los 3 primeros meses posteriores a su colocación, si así fuera necesario. Debe seguir siendo elegible y el servicio debe proporcionarse en el centro de atención del dentista contratado en el que se entregó la dentadura postiza originalmente. Para el reemplazo de una dentadura postiza o de una dentadura postiza parcial se requiere que la dentadura postiza actual tenga más de 5 años de edad.	
• D5221: Dentadura postiza parcial maxilar inmediata: base de resina (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes).	\$118
• D5222: Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: base de resina (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes)	\$115
• D5223: Dentadura postiza maxilar parcial inmediata: estructura de metal preformado con bases de resina para dentadura postiza (incluye materiales para retener, sujetar y dientes)	\$169
• D5224: Dentadura postiza inmediata parcial mandibular: estructura de metal fundido con bases de resina para dentaduras postizas (incluye los materiales de retención o sujeción, soporte y dientes)	\$171
• D5227: Dentadura postiza maxilar parcial inmediata: base flexible (incluye retenedores, soportes y dientes)	\$158

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

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	Lo que debe pagar*
• D5228: Dentadura postiza mandibular parcial inmediata: base flexible (incluye retenedores, soportes y dientes)	\$146
• D5511: Reparación de fractura de base de dentadura postiza completa, mandibular – <i>Una cada año calendario</i>	\$23
• D5512: Reparación de fractura de base de dentadura postiza completa, maxilar – <i>Una cada año calendario</i>	\$23
• D5520: Reemplazar dientes faltantes o rotos, dentadura completa, por diente – <i>Una cada año calendario</i>	\$19
• D5611: Reparación de la resina de base de dentadura postiza parcial, mandibular. <i>Una (D5611 o D5621) cada año calendario.</i>	\$22
• D5612: Reparación de la resina de base de dentadura postiza parcial, maxilar. <i>Una (D5612 o D5622) cada año calendario.</i>	\$22
• D5621: Reparación del molde parcial, mandibular. <i>Una (D5611 o D5621) cada año calendario.</i>	\$28
• D5622: Reparación del molde parcial, maxilar. <i>Una (D5612 o D5622) cada año calendario.</i>	\$26
• D5630: Reparación o reemplazo de los materiales rotos para retener o sujetar, por cada diente. <i>Una (D5611- D5660) cada año calendario.</i>	\$26
• D5640: Reemplazo de dientes rotos, por diente. <i>Una (D5611- D5660) cada año calendario.</i>	\$21
• D5650: Adición de dientes a dentadura postiza parcial existente. <i>Una (D5611- D5660) cada año calendario.</i>	\$23
• D5660: Adición de ganchos a dentadura postiza parcial existente, por diente. <i>Una (D5611- D5660) cada año calendario.</i>	\$26
• D5710: Rebasado de dentadura postiza completa maxilar. <i>Una cada 2 años calendario.</i>	\$58
• D5711: Rebasado de dentadura postiza completa mandibular. <i>Una cada 2 años calendario.</i>	\$56

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

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	Lo que debe pagar*
D5720: Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar. <i>Una cada 2 años calendario.</i>	\$55
D5721: Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular. <i>Una cada 2 años calendario.</i>	\$57
D5730: Rellenado de dentadura postiza maxilar completa (directo). <i>Dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario.</i>	\$37
D5731: Rellenado de dentadura postiza mandibular completa (directo). <i>Dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario.</i>	\$35
D5740: Rellenado de dentadura postiza maxilar parcial (directo). <i>Dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario.</i>	\$33
D5741: Rellenado de dentadura postiza mandibular parcial (directo). <i>Dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario.</i>	\$34
D5750: Rellenado de dentadura postiza maxilar completa (indirecto). <i>Dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario.</i>	\$49
D5751: Rellenado de dentadura postiza mandibular completa (indirecto). <i>Dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario.</i>	\$49
D5760: Rellenado de dentadura postiza maxilar parcial (indirecto). <i>Dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario.</i>	\$48
D5761: Rellenado de dentadura postiza mandibular parcial (indirecto). <i>Dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario.</i>	\$48
D5765: Forro blando para dentadura postiza completa o parcial removible – indirecto. <i>Dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario.</i>	\$45

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**Advantage Plus**

(Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)

Lo que debe pagar*

- **Servicios de implantes cubiertos (D6000-D6199)**

Los siguientes servicios están limitados a un máximo de dos (2) por año calendario: implantes, prótesis soportadas por implantes y pilares de implantes.

El reemplazo de coronas, puentes y dentaduras postizas soportadas por implantes requiere que la restauración existente tenga más de 5 años.

Nota: Las coronas o los pónicos de marca, procesados en el laboratorio o en el consultorio, producidos a través de una técnica o materiales especializados se consideran mejoras del material. El dentista contratado podrá cobrar una tarifa adicional de no más de **\$150**, además del copago indicado. Consulte “Exclusiones y limitaciones dentales de Advantage Plus” en la Sección 3.1 para obtener más información.

• D6010: Colocación quirúrgica de implantes: implante endoóseo	\$820
• D6011: Acceso quirúrgico a un implante (segunda etapa de cirugía de implante).	\$88
• D6013: Colocación quirúrgica de implantes mínimos	\$319
• D6040: Colocación quirúrgica: implante eposteal	\$932
• D6050: Colocación quirúrgica: implante transóseo	\$522
• D6056: Diente pilar prefabricado, incluye modificación y colocación	\$197
• D6058: Corona de porcelana/cerámica soportada por diente pilar	\$424
• D6059: Corona de porcelana fundida con metal soportada por diente pilar (metal altamente noble)	\$440
• D6060: Corona de porcelana fundida con metal soportada por diente pilar (metal predominantemente base)	\$350
• D6061: Corona de porcelana fundida con metal soportada por diente pilar (metal noble)	\$378

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

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	Lo que debe pagar*
D6062: Corona de metal fundido soportada por diente pilar (metal altamente noble)	\$409
D6063: Corona de metal fundido soportada por diente pilar (metal predominantemente base)	\$387
D6064: Corona de metal fundido soportada por pilar, metal noble	\$351
D6065: Corona de porcelana/cerámica sujeta por implante	\$435
D6066: Corona soportada por implantes, porcelana fusionada con aleaciones altamente nobles	\$461
D6067: Corona soportada por implantes, aleaciones altamente nobles	\$462
D6068: Retenedor soportado por diente pilar para dentadura postiza fija parcial (Fixed Partial Denture, FPD) de cerámica/porcelana	\$399
D6069: Retenedor soportado por diente pilar para dentadura postiza fija parcial de porcelana fundida con metal (metal altamente noble)	\$404
D6070: Retenedor soportado por diente pilar para dentadura postiza fija parcial de porcelana fundida con metal (metal predominantemente base)	\$326
D6071: Retenedor soportado por diente pilar para dentadura postiza fija parcial de porcelana fundida con metal (metal noble)	\$324
D6072: Retenedor soportado por diente pilar para dentadura postiza fija parcial de metal colado (metal altamente noble)	\$398
D6073: Retenedor soportado por diente pilar para dentadura postiza fija parcial de molde metálico (metal predominantemente base)	\$335
D6074: Retenedor soportado por diente pilar para dentadura postiza fija parcial de molde metálico (metal noble)	\$388
D6075: Retenedor soportado por implantes para FPD de cerámica	\$417
D6076: Retenedor soportado por implantes para FPD, porcelana fusionada a aleaciones altamente nobles	\$426

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

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	Lo que debe pagar*
• D6077: Retenedor soportado por implantes para FPD metálico, aleaciones altamente nobles	\$469
• D6082: Corona soportada por implante, de porcelana fundida principalmente en aleaciones base	\$344
• D6092: Recementación o refijación de corona con soporte de implante/diente pilar	\$41
• D6093: Recementación o refijación de dentadura postiza parcial fija con soporte de implante/diente pilar	\$50
• D6094: Corona fijada con diente pilar; de titanio y aleaciones de titanio	\$425
• D6096: Extracción de tornillo de retención de implante roto	\$90
• D6110: Dentadura postiza removible sostenida por implante/pilar para arco edéntulo, maxilar	\$520
• D6111: Dentadura postiza removible sostenida por implante/pilar para arco edéntulo, mandibular	\$539
• D6112: Dentadura postiza removible sostenida por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo, maxilar	\$585
• D6113: Dentadura postiza removible sostenida por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo, mandibular	\$701
• D6114: Dentadura postiza fija sostenida por implante/pilar para arco edéntulo, maxilar	\$1,848
• D6115: Dentadura postiza fija sostenida por implante/pilar para arco edéntulo, mandibular	\$2,000
• D6116: Dentadura postiza fija sostenida por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo, maxilar	\$1,433
• D6117: Dentadura postiza fija sostenida por implante/diente pilar para arco parcialmente edéntulo, mandibular	\$2,000

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

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	Lo que debe pagar*
• D6190: Índice de implantes radiográficos/quirúrgicos, por informe	\$147
• D6194: Retenedor de corona sostenido por diente pilar para FPD, de titanio y aleaciones de titanio	\$431
• D6196: Extracción de una restauración indirecta sobre un pilar retenido por implante	\$0
• Servicios orales y maxilofaciales cubiertos (D7000-D7999) Incluye evaluaciones preoperatorias y posoperatorias, y tratamiento con anestesia local. Las extracciones están limitadas a no más de tres por año calendario (cualquier combinación de D7140, D7210, D7220, D7230, D7240, D7241, D7250 o D7251).	
• D7140: Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta (extracción por elevación o con fórceps).	\$21
• D7210: Extracción, diente erupcionado que requiere la extracción de hueso o la elección de un diente, e incluye la elevación del colgajo mucoperiosteal si está indicado	\$45
• D7220: Extracción de diente traumatizado, tejido blando.	\$55
• D7230: Extracción de diente traumatizado, parcialmente óseo.	\$73
• D7240: Extracción de diente traumatizado, completamente óseo.	\$86
• D7241: Extracción de diente traumatizado, completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales.	\$99
• D7250: Extracción de raíces dentales residuales (con incisión).	\$50
• D7251: Coronectomía: extracción parcial intencional de dientes, solo dientes impactados	\$97
• D7270: Reimplantación de diente o estabilización de diente erupcionado o desplazado accidentalmente	\$57

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

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	Lo que debe pagar*
• D7280: Exposición de un diente no erupcionado <i>Una vez por diente de por vida.</i>	\$98
• D7282: Movilización de dientes erupcionados o mal posicionados para ayudar a la erupción. <i>Una vez por diente de por vida.</i>	\$59
• D7284: Biopsia por escisión de glándulas salivales menores.	\$76
• D7286: Biopsia incisional de tejido bucal, blando. <i>Uno en el mismo día.</i>	\$69
• D7288: Biopsia de cepillo: recolección de muestra transepitelial. <i>Una cada año calendario</i>	\$23
• D7310: Alveoloplastia con extracciones, cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante. <i>Uno (D7310 o D7311) por cuadrante de por vida.</i>	\$42
• D7311: Alveoloplastia con extracciones, de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante. <i>Uno (D7310 o D7311) por cuadrante de por vida.</i>	\$38
• D7320: Alveoloplastia sin extracciones, cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante. <i>Uno (D7320 o D7321) por cuadrante de por vida.</i>	\$67
• D7321: Alveoloplastia sin extracciones, de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante. <i>Uno (D7320 o D7321) por cuadrante de por vida.</i>	\$50
• D7340: Vestibuloplastia, extensión de la cresta (epitelialización secundaria).	\$112
• D7350: Vestibuloplastia, extensión de la cresta (incluye injertos de tejido blando, reacomplamiento del músculo, revisión de la unión del tejido blando y manejo del tejido hipertrofiado e hiperplásico)	\$184
• D7450: Extirpación de quiste o tumor odontógeno benigno, lesión con un diámetro de hasta 1.25 cm. <i>Una por día</i>	\$119

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

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	Lo que debe pagar*
• D7451: Extirpación de quiste o tumor odontógeno benigno, lesión con un diámetro mayor de 1.25 cm. <i>Una por día</i>	\$196
• D7471: Extirpación de exostosis lateral (maxilar o mandibular). <i>Uno por cuadrante de por vida.</i>	\$140
• D7472: Extirpación de rodete palatino. <i>Uno por arco de por vida.</i>	\$174
• D7473: Extirpación de rodete mandibular. <i>Uno por arco de por vida.</i>	\$146
• D7510: Incisión y drenaje de abscesos, tejido intrabucal blando. <i>Una por día</i>	\$34
• D7953: Injerto de reemplazo óseo para la preservación de la cresta, por sitio. <i>Uno de por vida por sitio.</i>	\$94
• D7970: Extirpación de tejido hiperplásico: por arco. <i>Uno por arco de por vida.</i>	\$98
• D7971: Extirpación de la encía pericoronaria. <i>Una vez por diente de por vida.</i>	\$43
• Servicios generales complementarios (D9000–D9999)	
• D9222: Sedación profunda/anestesia general: primeros 15 minutos	\$40
• D9223: Sedación profunda/anestesia general, cada incremento posterior de 15 minutos	\$38
• D9224: Administración de anestesia general con vía aérea avanzada - primer incremento de 15 minutos, o cualquier parte del mismo	\$40
• D9225: Administración de anestesia general con vía aérea avanzada: cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier parte del mismo.	\$38
• D9230: Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis	\$9
• D9239: Analgesia/sedación moderada (consciente) intravenosa, primeros 15 minutos	\$36

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

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	Lo que debe pagar*
D9243: Analgesia/sedación moderada (consciente) intravenosa, primeros 15 minutos	\$32
D9244: Administración en consultorio de sedación mínima: fármaco único, enteral. <i>Tres (D9244, D9245, D9246 y D9247) cada año calendario.</i>	\$29
D9245: Administración de sedación moderada, enteral. <i>Tres (D9244, D9245, D9246 y D9247) cada año calendario.</i>	\$29
D9246: Administración de sedación moderada; parenteral no intravenosa, primer incremento de 15 minutos, o cualquier porción del mismo. <i>Tres (D9244, D9245, D9246 y D9247) cada año calendario.</i>	\$50
D9247: Administración de sedación moderada – parenteral no intravenosa – cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier parte del mismo. <i>Tres (D9244, D9245, D9246 y D9247) cada año calendario.</i>	\$22
D9310: Consulta, servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista o un médico que no sea el dentista o médico a cargo del tratamiento. <i>Uno de por vida por proveedor.</i>	\$27
D9430: Visita al consultorio para observación (durante el horario de atención regular); no se proporcionan otros servicios. <i>Una cada año calendario</i>	\$9
D9440: Visita al consultorio, después del horario de atención regular. <i>Una cada año calendario</i>	\$22
D9951: Ajuste oclusal: limitado. <i>Una cada 5 años calendario.</i>	\$18
D9952: Ajuste oclusal: completo. <i>Una cada 5 años calendario.</i>	\$60
D9975: Blanqueamiento externo para aplicación en el hogar, por arco; incluye materiales y fabricación de bandejas personalizadas: limitado a una bandeja de blanqueamiento y un gel para dos semanas de autotratamiento.	\$22

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

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	Lo que debe pagar*
Lesión accidental Cubrimos los servicios relacionados con lesiones accidentales en los dientes que se cubrirían en otro caso hasta por un máximo de \$1,600 en un periodo de 12 meses. • Una lesión accidental es el daño provocado por fuerzas externas al tejido duro o suave de la boca causado directa e independientemente de todas las otras causas. • Además de los servicios mencionados en la tabla, los beneficios por lesiones accidentales incluyen la reimplantación o estabilización de un diente o alvéolo erupcionado o desplazado accidentalmente; incluye la ferulización o estabilización (código del CDT D7270). • Los beneficios se limitan a los servicios que se brindan como resultado de un accidente que ocurrió mientras usted tenía la cobertura de este programa de DeltaCare USA o de otro programa de DeltaCare USA si los servicios se hubieran pagado si hubiera seguido siendo elegible para ese programa.	De \$0 hasta \$1,600 en un periodo de 12 meses. Si alcanza el límite de \$1,600 del beneficio en un periodo de 12 meses, pagará el 100 % por los servicios relacionados con lesiones accidentales en los dientes.

SECCIÓN 3 Servicios que no tienen cobertura de nuestro plan (exclusiones)

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

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

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas.
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas.
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 residencial por 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)	Sin cobertura en ningún caso
Obtención y almacenaje del cordón umbilical para una posible necesidad en el futuro	Sin cobertura en ningún caso
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
Atención de custodia 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.	Sin cobertura en ningún caso
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).	Cubiertos si son necesarios desde el punto de vista médico y están cubiertos por Original Medicare.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas.
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Procedimientos y productos experimentales son aquellos que, según Original Medicare, la comunidad médica generalmente no acepta	Pueden tener cobertura de Medicare Original en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Los siguientes servicios y artículos para la visión: • Plan de protección de lentes. • Productos de venta sin receta médica. • Lentes y monturas industriales o de seguridad. • 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. • Reemplazo de cristales o armazones perdidos o dañados. • Accesorios para anteojos o lentes de contacto. • Artículos para la visión que no requieren receta médica por ley (que no sean armazones de anteojos o lentes de equilibrio cubiertos).	Sin cobertura en ningún caso Nota: Un par de anteojos con marcos estándar (o un juego de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas que implanta una lente intraocular. Para obtener más información, consulte Cuidado de la visión en el Cuadro de Beneficios Médicos.
Costos generados por la atención de parientes directos o miembros de su hogar	Sin cobertura en ningún caso
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar	Sin cobertura en ningún caso

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas.
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. Además, esta exclusión no se aplica si está inscrito en los beneficios adicionales opcionales que se describen en la Sección 2.2 de este capítulo. Los beneficios suplementarios opcionales de los audífonos están sujetos a las siguientes exclusiones: • Audífonos internos implantados. • reemplazo de piezas, accesorios, baterías, reparación de audífonos y reposición de audífonos perdidos o dañados • paquetes de servicio que incluyen el ajuste, la limpieza y la inspección de audífonos después de la garantía del fabricante • Audífonos recetados o solicitados antes de que se inscribiera en los beneficios suplementarios opcionales.
Comidas con entrega a domicilio	Cubierto en situaciones limitadas como se describe en el Cuadro de Beneficios Médicos.
Servicios de ama de casa que incluyen ayuda básica en el hogar, como actividades sencillas de mantenimiento de la casa o la preparación ligera de alimentos	Sin cobertura en ningún caso
Servicios autorizados de ambulancia sin transporte.	Cubiertos si la ambulancia lo transporta a usted o si están cubiertos por Medicare.
Terapia de masajes	Servicio cubierto cuando se indica como parte del programa de fisioterapia de acuerdo con las pautas de Medicare.
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	Sin cobertura en ningún caso
Lentes intraoculares (Intraocular Lenses, IOL) no convencionales tras una catarata	Sin cobertura en ningún caso

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas.
cirugía (por ejemplo, una lente intraocular para corregir la presbicia)	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de soporte para los pies	Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y se incluyen en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con que tienen pie diabético
Artículos personales en su habitación del hospital o de un centro de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión	Sin cobertura en ningún caso
Exámenes físicos y otros servicios (1) necesarios para obtener o conservar el empleo, o para participar en programas de empleados, (2) necesarios para obtener seguros o licencias, o (3) solicitados por orden judicial o necesarios para obtener libertad condicional o un periodo de prueba	Cubiertos si un médico de la red determina que los servicios son necesarios desde el punto de vista médico o de atención preventiva adecuada desde el punto de vista médico.
Enfermería privada	Sin cobertura en ningún caso
Habitación privada en un hospital	Servicio cubierto solo cuando es necesario desde el punto de vista médico.
Pruebas psicológicas de capacidad, aptitud, inteligencia o interés	Sin cobertura en ningún caso
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para la visión disminuida	Sin cobertura en ningún caso
Cirugía reconstructiva que ofrece únicamente mejoras mínimas en la apariencia o que se realiza para modificar o cambiar la forma de las estructuras normales del cuerpo a fin de mejorar la apariencia	Cubrimos la cirugía reconstructiva para corregir o reparar las anomalías en las estructuras del cuerpo provocadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, lesiones accidentales, traumas, infecciones, tumores o enfermedades, si un médico de la red determina que es necesaria para mejorar la función o crear una apariencia normal, dentro de lo posible.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas.
Procedimientos para revertir la esterilización y suministros anticonceptivos que no requieren receta médica.	Sin cobertura en ningún caso
Atención quiropráctica de rutina	La manipulación de la columna vertebral para corregir la subluxación está cubierta.
Cuidado rutinario de los pies	Cobertura limitada según las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
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 sin cobertura	Cuando un servicio o un artículo no tiene cobertura, se excluyen todos los servicios o artículos relacionados con ellos, (1) excepto los que de otra forma tendrían cobertura para el tratamiento de complicaciones del servicio o artículo sin cobertura, o bien (2) si tienen cobertura de acuerdo con las pautas de Medicare.
servicios para revertir la infertilidad voluntaria, inducida quirúrgicamente	Sin cobertura en ningún caso
Gastos por viajes y alojamiento	Podemos pagar determinados gastos que autorizaremos previamente conforme a las pautas relativas a viajes y alojamiento.

Sección 3.1 Exclusiones y limitaciones de los servicios dentales (DeltaCare USA) Exclusiones

Los siguientes servicios y artículos no están cubiertos por su beneficio dental DeltaCare USA, ni para la atención dental preventiva e integral para todos los miembros descrita en el Cuadro de beneficios médicos en "Servicios dentales" ni para la atención dental integral para los miembros inscritos en Advantage Plus descrita en la sección 2.1 de este capítulo:

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

- Cualquier procedimiento que no aparezca específicamente en el Cuadro de Beneficios Medicare.
- Cualquier procedimiento que, según la opinión profesional del dentista contratado o el personal clínico de Delta Dental:
 - no se pueda pronosticar un resultado satisfactorio y una duración razonable debido al estado del diente o dientes, o de las estructuras cercanas, o
 - no siga las normas de la odontología generalmente aceptadas, o
 - Los servicios considerados inclusivos o parte de otro procedimiento no se pueden cobrar por separado.
- Servicios únicamente con fines cosméticos o para condiciones que son resultado de defectos hereditarios o de desarrollo, como paladar hendido, malformaciones de la mandíbula superior e inferior, dientes congénitamente perdidos o no erupcionados y dientes descoloridos o faltos de esmalte.
- Restauraciones colocadas únicamente debido al desgaste, abrasión, atrición o erosión.
- Aparatos dentales perdidos o robados, incluidos, entre otros, las dentaduras postizas parciales o completas, los separadores, las coronas y las dentaduras postizas parciales fijas (puentes).
- Procedimientos, aparatos o restauraciones si el propósito es cambiar la dimensión vertical, o para diagnosticar o tratar condiciones anormales de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint, TMJ).
- Metal precioso para aparatos dentales removibles, bases blandas metálicas o permanentes para dentaduras postizas completas, dientes de dentaduras postizas de porcelana, pilares de precisión para dentaduras postizas parciales removibles o fijas (revestimientos, implantes y aparatos relacionados con estos), y personalización y caracterización de dentaduras postizas completas y parciales.
- colocación de implantes, aparatos y accesorios dentales sostenidos por implantes; mantenimiento, extracción de implantes, y todos los demás servicios relacionados con implantes dentales.
- Consultas para beneficios sin cobertura.
- Los servicios dentales recibidos en cualquier centro dental que no sea el dentista contratado asignado. Esto incluye los servicios de un especialista dental fuera de la red, a menos que Delta Dental lo autorice expresamente, excepto los *servicios de emergencia*, como se describe en la Evidencia de Cobertura.
- Todos los costos relacionados con la admisión, el uso o las hospitalizaciones, un centro de cirugía para pacientes externos, un centro de atención prolongada u otro centro de atención similar.
- Medicamentos recetados.
- Gastos dentales incurridos debido a algún procedimiento dental que se inició antes de que el miembro fuera elegible para el programa DeltaCare HMO Medicare. Algunos ejemplos son: dientes preparados para coronas, tratamientos de conductos en proceso y dentaduras postizas completas o parciales para las cuales se haya tomado una impresión.

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

- Tratamiento o aparatos proporcionados por un dentista que se especializa en servicios de prostodoncia.
- Servicios o suministros para la apnea del sueño.
- Administración de neuromoduladores
- Administración de rellenos dérmicos
- Terapia de fotobiomodulación

Limitaciones de los beneficios

Los siguientes servicios y artículos están limitados conforme a los beneficios dentales DeltaCare USA para la atención dental preventiva y diagnóstica para todos los miembros que se describen en la Tabla de Beneficios Médicos de la sección "Servicios dentales" o para la atención dental integral descrita en la sección 2 de este capítulo.

- La frecuencia de ciertos beneficios es limitada. Todas las limitaciones de la frecuencia se incluyen en el Cuadro de Beneficios Médicos.
- Las siguientes evaluaciones bucales (D0140, D0170, D0171, D0190 y D0191) no se pueden facturar al paciente el mismo día que los códigos D0120 o D0150.
- Al recomendar coronas, puentes o retenedores de puentes cubiertos, soportados por un diente natural o un implante dental, los Dentistas Contratados pueden ofrecer servicios que utilizan marcas o nombres comerciales por un cargo adicional. Se le deben ofrecer los Beneficios del Plan de una corona o un puente procesados en laboratorio de alta calidad, que pueden incluir: porcelana/cerámica; porcelana con base, metal noble o metal de alta nobleza. Si elige la alternativa de una mejora de material (coronas/puentes de marca, procesados en laboratorio o en el consultorio, producidos a través de técnicas o materiales especializados, que incluyen, entre otros: Captek, Procera, Lava, Empress y Cerec), el dentista contratado podrá cobrar una cuota adicional que no excederá los \$150.00, además del copago indicado. Comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente de Delta Dental al 1-844-519- 8693 si tiene preguntas sobre la tarifa adicional o los servicios de marca comercial.
- Las imágenes de rayos x y radiográficas de la boca completa (D0210) están limitadas a un juego cada 2 años calendario e incluyen cualquier combinación de periapicales (D0220, D0230) y mordidas (D0270, D0272, D0273, D0274, D0277). Los beneficios se limitan a una serie completa de imágenes radiográficas intraorales (D0210) o una imagen radiográfica panorámica (D0330) dentro de dos años calendario. Las imágenes panorámicas no se consideran parte de una serie intraoral integral. Las mordidas de cualquier tipo se incluyen en el costo de una serie integral cuando se toman dentro de los 6 meses de las imágenes integrales.
- Un empaste es un beneficio para la eliminación de caries, para reparaciones menores de la estructura del diente o para reparar un empaste perdido.

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

- Una reconstrucción de muñón (D2950) o poste y muñón (D2952, D2954) por diente cada 5 años. Estos servicios incluyen los honorarios por restauraciones de resina o amalgama realizadas en la misma fecha del servicio.
- Un procedimiento de retención de pines (D2951) por diente cada 2 años calendario cuando se factura con restauración de resina o amalgama. D2951 se incluye con D2950, D2952, D2954 si se facturan por separado.
- La tarifa por la extracción de una restauración indirecta está incluida en la tarifa por cualquier procedimiento restaurador posterior.
- La colocación de una restauración directa provisional está incluida en la tarifa para todos los procedimientos endodónticos cubiertos (D3220-D3950) cuando se realizan en la misma fecha por el mismo dentista/consultorio dental.
- El retratamiento del tratamiento de conductos cuando lo realiza el mismo dentista/consultorio dental dentro de 2 años calendario está incluido en la tarifa del tratamiento original, pero cuando lo realiza un dentista diferente no está cubierto.
- Un recubrimiento de pulpa directo o indirecto es un beneficio únicamente si se coloca en un diente permanente vital con ápice abierto o en un diente primario vital.
- Con la excepción de los recubrimientos de pulpa y las pulpotomías, los procedimientos de endodoncia (por ejemplo, el tratamiento de conductos, la apicectomía, la retroobtusión, etc.) solo son un beneficio en un diente permanente con patología.
- Una pulpotomía terapéutica en un diente permanente está limitada al tratamiento paliativo cuando el dentista contratado no realiza un tratamiento de conductos.
- Una corona es un beneficio cuando no hay estructura de diente suficiente para soportar un empaste o para reemplazar una corona existente que no es funcional y no puede ser reparada. Para el reemplazo de coronas se requiere que la restauración actual tenga más de 5 años de antigüedad.
- Raspado y planificación periodontal (D4341, D4342): no se pueden facturar al paciente el mismo día que una profilaxis (D1110).
- El reemplazo de una incrustación, recubrimiento, corona, prótesis parcial fija (puente) o una prótesis parcial o completa removible existente está cubierto cuando:
 - La restauración/puente/dentadura existente ya no es funcional y no puede hacerse funcional mediante reparación o ajuste, y se colocó cinco o más años antes de su reemplazo, o
 - Una dentadura postiza parcial existente tiene menos de cinco años, pero se debe reemplazar por una dentadura postiza parcial nueva debido a la pérdida de un diente natural, que no se puede reemplazar al agregar otro diente a la dentadura postiza parcial existente, o
 - Una prótesis parcial fija existente (puente) tiene menos de 5 años, pero debe ser reemplazada por una nueva prótesis parcial fija debido a la pérdida del diente natural.

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

- La sustitución de una prótesis parcial removible por una prótesis completa está cubierta, dentro del período de limitación de frecuencia de 5 años, cuando se pierden los dientes naturales.
- Las prótesis parciales provisionales (placas de soporte) se limitan al reemplazo de dientes anteriores extraídos en adultos durante un período de curación.
- La disección del nervio está incluida en la tarifa por la extirpación de un diente impactado, completamente en hueso, con complicaciones quirúrgicas inusuales, como parte de ese procedimiento de extirpación. De lo contrario, la disección del nervio no es un Beneficio.
- La anestesia general y la sedación intravenosa moderada (consciente) es un beneficio solo cuando la proporciona un dentista junto con procedimientos de cirugía oral cubiertos o procedimientos quirúrgicos endodónticos y periodontales seleccionados. Los beneficios están limitados a un tipo de anestesia por día.
- La anestesia local y la anestesia regional o de bloqueo del trigémino no son procedimientos que se paguen por separado.
- Si cualquier puente fijo o dentadura postiza removible fuera reemplazado por una nueva prótesis soportada por implantes, dicho aparato existente debe ser elegible para el reemplazo según los términos del contrato.
- El miembro debe tener al menos 19 años para recibir servicios de implantes.
- El reemplazo de implantes, pilares y prótesis soportadas por implantes requiere que los implantes, y pilares existentes y la prótesis soportada por implantes tengan más de 5 años.
- Los implantes y las coronas y prótesis soportadas por implantes están cubiertos para reemplazar uno o más dientes permanentes naturales perdidos debido a un trauma o extracción accidental.

CAPÍTULO 5:

Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan

Consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de Medicare Parte B y los beneficios de medicamentos de cuidados paliativos.

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

- Un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) debe emitirle la receta, que sea 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 utilizar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2) o puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la *Lista completa de medicamentos recetados de 2026* de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- 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 para obtener más información acerca de las indicaciones aceptadas desde el punto de vista médico).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Para obtener más información, consulte la Sección 4 de este capítulo).

SECCIÓN 2 Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través de nuestro servicio de pedidos por correo del plan

En la mayoría de los casos, las recetas solo se cubrirán si las surte en las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.4 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 cubiertos. La frase “medicamentos cubiertos” se refiere a los medicamentos de la Parte D que se incluyen en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red Encuentre una farmacia de la red en su zona.

Para encontrar una farmacia de la red, consulte su *Directorio de Farmacias*, visite nuestro sitio

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

web (kp.org/directory/espanol) o llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Si su farmacia ya no forma parte de la red

Si la farmacia que usted utiliza ya no forma parte de la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede llamar a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o usar el *directorio de farmacias*. Esta información también aparece en nuestro sitio web en kp.org/directory/espanol.

Farmacias especializadas

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 (Long-Term Care, LTC). En general, los centros de LTC (como los hogares para ancianos) tienen sus propias farmacias. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- 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 Administración de Alimentos y Medicamentos 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/espanol) o llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedidos por correo de nuestro plan

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

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

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus medicamentos por correo, visite nuestro sitio web en kp.org/refill (haga clic en “Español”) o llame a Servicio a los

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Miembros al 1-404-233-3700 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8 p. m. Puede ordenar cómodamente sus resurtidos de medicamentos de las siguientes formas:

- Regístrese y haga su pedido en línea de forma segura en kp.org/refill (haga clic en “Español”).
- Llame a nuestra farmacia de pedidos por correo al 1-770-434-2008 o a la línea sin costo al 1-888-662-4579 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5 p. m.
- En el caso de una receta nueva, puede enviar por correo la receta de su proveedor a nuestra farmacia de pedidos por correo a la dirección siguiente: Kaiser Permanente Mail Order Pharmacy, P.O. Box 34383, Seattle, WA 98124-1383. Tendrá que incluir nuestro nuevo formulario de pedido de medicamentos de venta con receta, disponible en kp.org/espanol.

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 su receta médica ordenada por correo se retrasa, comuníquese con Servicios Farmacéuticos de Kaiser Permanente para solicitar ayuda al 1-770-496-3787 (TTY 711), de 9:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes, y de 9:00 a. m. a 6:00 p. m., sábados y domingos. 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/espanol. Tenga en cuenta que quizá pague más si obtiene un suministro de 90 días de una farmacia minorista de la red que de nuestro servicio de farmacia por correo.

Resurtidos por correo de recetas médicas. 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 2.3 Cómo 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 **2 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).

1. Algunas farmacias de venta al por menor de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de los medicamentos de mantenimiento. consulte el *Directorio de Farmacias* kp.org/directory/espanol para ver qué farmacias de nuestra red ofrecen la opción de recibir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

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

En general, ofrecemos cobertura para los medicamentos que se surten en farmacias que no pertenecen a la red solo cuando no es posible usar una farmacia de la red. **Consulte antes con Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY llaman al 711)** para saber si hay una farmacia de la red cercana.

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

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. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar a nuestro plan que le reembolse el dinero). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

Nuestro plan tiene una *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2026*. En esta *Evidencia de Cobertura*, la llamamos Lista de Medicamentos.

El plan selecciona los medicamentos que aparecen en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y cuenta con su aprobación. La Lista de Medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D.

En general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos siempre y cuando siga las demás reglas de cobertura que se indican en este capítulo y el 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.

La 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.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que los planes Medicare cubran determinados tipos de medicamentos. (Consulte la Sección 7 para obtener más información).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos.
- En algunos casos, es posible que obtenga un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información).

Sección 3.2 Seis niveles de costo compartido para los medicamentos de la Lista de Medicamentos

Todos los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos de nuestro plan pertenecen a uno de los seis niveles de costo compartido. En general, entre más alto sea el nivel, 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 (este nivel incluye medicamentos genéricos y de marca).
- 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 de nuestro plan. El monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6.

Sección 3.3 Cómo averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos Para averiguar si un medicamento está en nuestra Lista de Medicamentos, tiene estas opciones:

- Revise la Lista de Medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica.
- Visite el sitio web de nuestro plan (kp.org/seniorrx [haga clic en “Español”]). La Lista de Medicamentos (*Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2026*) que aparece en el sitio web es siempre la más actualizada.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

- Llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para preguntar si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan (*Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2026*) o para solicitar una copia de la lista.
- Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan (kp.org/seniorrx [haga clic en “Español”]) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener un estimado de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con 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 toma o quiere tomar, consulte la Lista de Medicamentos.

Si un medicamento seguro y menos costoso funciona médicamente igual de bien que un medicamento más costoso, las reglas de nuestro plan están diseñadas para recomendarles a usted y a su proveedor a utilizar esa opción menos costosa.

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 Tipos de restricciones

Si existe una restricción para su medicamento, en general, significa que usted o el proveedor tendrán que seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre lo que usted o su proveedor pueden hacer para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea que anulemos alguna restricción en su caso, tendrá que seguir el proceso de decisión de cobertura y solicitar que hagamos una excepción.** Podemos aceptar o rechazar retirar la restricción. (Consulte el Capítulo 9.)

Cómo obtener la aprobación del plan con antelación

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos 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

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web kp.org/seniorrx (haga clic en “Español”).

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que usted toma, o que usted y su proveedor creen que debería tomar y que no está en nuestra Lista de medicamentos, tiene 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.
- El medicamento tiene cobertura, pero está en un nivel de costo compartido que hace que deba pagar un costo compartido mayor al que usted piensa que debería ser.

Si 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 5.1 para saber qué puede hacer al respecto.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, aquí hay opciones sobre lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro provisional del medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede pedirnos que hagamos una **excepción** y que nuestro plan cubra el medicamento o quite 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 esté tomando no debe **estar actualmente en la Lista de Medicamentos de nuestro plan 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.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

- 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 una 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, residen 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 los miembros actuales con cambios en el nivel de atención:** Si ingresa o es dado de alta de un hospital, centro de enfermería especializada o centro de cuidados a largo plazo y se pasa a un centro u hogar de atención diferente, a esto se le conoce como un cambio en el nivel de atención. Cuando hay un cambio en 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 preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Mientras esté utilizando el suministro temporal, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando el suministro temporal se agote. Usted tiene 2 opciones:

Opción 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. Llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Con esta lista, su proveedor puede buscar un medicamento cubierto que sea adecuado para usted.

Opción 2: Puede solicitarnos que hagamos una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción y le proporcione 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 solicitar que se haga una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que nuestro plan cubra un medicamento aunque no esté incluido en la Lista de Medicamentos. O bien, puede pedir que nuestro plan haga una excepción y que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor quieren pedirnos que hagamos una excepción, vaya a la Sección 6.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer. Ahí se explican los procedimientos y los plazos que establece Medicare para asegurarse de que su solicitud se procese de forma oportuna y apropiada.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto, estas son algunas cosas que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera 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 al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección 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 pedir que nuestro plan haga 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, vaya a la Sección 6.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer. Ahí 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 Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **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.**
- **Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Información sobre los cambios de cobertura de medicamentos

Cuando hay cambios a la Lista de Medicamentos, publicamos la información sobre estos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra “Lista de Medicamentos” en línea de forma periódica. A veces, recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que toma.

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

- **Agregar medicamentos nuevos a la Lista de Medicamentos y de inmediato eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la 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 la 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 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 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, solo informaremos después de realizar el cambio.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

- **Hacer otros cambios a los medicamentos de la Lista de Medicamentos.**

- Es posible que, una vez que comience el año, hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Por ejemplo, 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 algún cambio en cualquiera de los medicamentos que toma, 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 tomando. Usted o su médico pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que usa. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

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

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

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

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

Nos 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 toma que puedan afectarle durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos sin cobertura

Algunos tipos de medicamentos recetados están *excluidos*. Esto significa que Medicare no pagará por ellos.

Si usted recibe medicamentos excluidos, deberá pagarlos por su cuenta. Si presenta una apelación y se descubre que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, pagaremos por él o lo

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

cubriremos. (Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo apelar una decisión).

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no incluye los medicamentos que tienen cobertura de Medicare Parte A o Parte B.
- El plan no cubre medicamentos que se compren fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no puede cubrir 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 del American Hospital y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX. Un uso *no indicado* es cualquier uso del medicamento distinto de aquellos que se indican en la etiqueta del medicamento como aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

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

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

Si recibe la Ayuda Adicional para pagar sus recetas, el programa de Ayuda Adicional no pagará por los medicamentos que no cubre de forma regular. 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 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta médica, proporcione la información de membresía de nuestro 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 del costo de su medicamento. Usted deberá pagar a la farmacia su parte del costo al recoger el medicamento recetado.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Si no lleva la información de su tarjeta de membresía, 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 la farmacia no puede 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 solicitarle un reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o centro de enfermería especializada durante una hospitalización cubierta por nuestro plan

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, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre y cuando se cumplan todas las reglas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente 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/espanol). Si no pertenece a nuestra red, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda obtener de manera habitual sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si reside en un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna manera, vaya a la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de un empleador o de jubilados

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados, comuníquese **con el administrador de beneficios de ese grupo.** Esta persona le ayudará a comprender cómo se complementa su cobertura actual para medicamentos con nuestro plan.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

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

Aviso especial acerca de la cobertura acreditable:

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

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

Conserve todos los avisos sobre cobertura acreditable ya que podría necesitarlos más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió el aviso acerca de la cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de dicho plan, el empleador o el sindicato.

Sección 9.4 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 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

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.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque ya usa 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.

Sección 10.1 Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a que los miembros consuman los medicamentos opioides de forma segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros consuman de forma segura opioides recetados y otros medicamentos que, frecuentemente, se consumen de forma abusiva. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si consume medicamentos opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias o si tuvo una sobredosis de opioides 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 su uso de medicamentos recetados opioides o benzodiazepinas puede no ser seguro, podemos limitar el modo en que los obtiene. Si le 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 benzodiazepina 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 proveedor o farmacia específicos. Tendrá la posibilidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere y comunicarnos cualquier tipo de información que crea que sea importante. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para 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 continuamos negando cualquier parte de su solicitud sobre las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte información sobre cómo presentar una apelación en el capítulo 9.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

No se le incluirá en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, tales como dolor relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, estás recibiendo cuidados paliativos, de hospicio o al final de la vida en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Ofrecemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Nuestro programa se llama Administración de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, 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 padecen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden un monto específico de los costos de los medicamentos o están en un dmp para ayudarlos a usar opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa 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. Conserve la lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la Sala de Emergencias.

Si contamos con un programa que se ajuste a sus necesidades, loinscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información pertinente. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

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

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **cierta información en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted.** Le enviamos una introducción aparte, llamada Anexo de *Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Medicamentos Recetados* (también conocido como *Anexo de Subsidio para Bajos Ingresos* o Anexo [Low-Income Subsidy, LIS]), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este anexo, por favor llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la *Cláusula LIS*.

En este capítulo usaremos el término “medicamento” para referirnos a los medicamentos recetados de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para entender la información sobre los pagos, primero debe saber qué medicamentos tienen cobertura, dónde puede surtir sus recetas médicas y qué reglas debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas reglas. Cuando utiliza la "Real-Time Benefit Tool" (Herramienta de beneficios en tiempo real) de nuestro plan para buscar cobertura de medicamentos (kp.org/seniorrx [haga clic en “Español”]), el costo que ve muestra un estimado de los costos 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 al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos

Hay 3 tipos diferentes de costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede solicitar que pague:

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

Capítulo 6 Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D

Sección 1.2 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 se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y usted haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que usted paga por medicamentos cuando está en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - Etapa Inicial de Cobertura
- Todos los pagos que haya hecho durante este año calendario como miembro de un plan distinto de Medicare para medicamentos antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago de sus medicamentos hecho por familiares o amigos
- Cualquier pago hecho para sus medicamentos mediante Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA y la mayoría de las organizaciones benéficas.

Avance a la Etapa de Cobertura para Catástrofes:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) hayan gastado un total de **\$2,100** en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo.

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

- Su prima mensual del plan.
- Los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Los medicamentos que compra en una farmacia que no pertenece a la red y que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura que no pertenece a la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos medicamentos recetados y vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare
- Los pagos por medicamentos que hacen determinados planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los programas del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA).

Capítulo 6 Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D

- Los pagos por medicamentos que hace un tercero que tiene la obligación legal de cubrir los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, el Workers' Compensation [seguro de los trabajadores])
- Pagos realizados por el fabricante del medicamento bajo el Programa de descuentos del fabricante.

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus costos de bolsillo por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Seguimiento de sus costos totales de bolsillo

- La *Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D* que recibe incluye el total actual de sus costos de bolsillo. Cuando se alcance los \$2,100, la *EOB de la Parte D* le informará que abandonó la Etapa de Cobertura Inicial y pasó a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para leer qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros sobre sus gastos estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de nuestro plan

Hay 3 **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos en nuestro plan. El importe que pague para cada medicamento recetado dependerá de la etapa en la que se encuentre cuando le surtan o le vuelvan a surtir un medicamento recetado. En este capítulo se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son las siguientes:

- **Etapa 1: Etapa de deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura para catástrofes**

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

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que realiza cuando obtiene recetas en la farmacia. De esta forma, podemos informarle en qué momento pasa de una etapa de pago de medicamentos a otra. Mantenemos el seguimiento de 2 clases de costos:

- **Costos de bolsillo:** esto es lo que usted pagó. 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,

Capítulo 6 Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D

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 (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).

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

Si surtió una o más medicamentos recetados a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información sobre ese 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 nuestro plan, lo que paga usted y los pagos que otros hacen en su nombre.
- **Totales del año desde el 1.º de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esto mostrará el precio total del medicamento e información sobre los cambios de precio desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Hay recetas alternativas de menor costo disponibles.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamo de medicamentos recetados, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos

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

- **Presente su tarjeta de membresía cada vez que le surtan una receta médica.** Esto contribuye a asegurarnos de estar informados de las recetas médicas que surte y de cuánto paga por ellas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En algunas ocasiones, es posible que pague el costo completo de su medicamento recetado. En esos casos, no recibimos automáticamente la información que necesitamos para llevar el control de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar tal control, bríndenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.

Capítulo 6 Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D

- 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 hacen en su nombre.** Los pagos que realizan otras personas o algunas organizaciones también se cuentan como gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos que realiza un programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (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.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revíselo para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede elegir consultar su Explicación de Beneficios de la Parte D en línea en vez de por correo. Por favor, visite kp.org/goinggreen (haga clic en “Español”) e inicie sesión para obtener más información sobre cómo elegir ver su EOB de la Parte D de manera segura en línea. Conserve estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Kaiser Permanente Senior Advantage Estándar

No hay deducible para Kaiser Permanente Senior Advantage Standard. Comienza en la Etapa de Cobertura Inicial cuando surte su primera receta médica del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de Cobertura Inicial

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

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

Nuestro plan tiene seis niveles de costos compartidos

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:

Capítulo 6 Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D

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

Para saber a qué nivel de costo compartido pertenece su medicamento, consulte la Lista de Medicamentos de nuestro 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 medicamentos recetados que se surtan en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.4 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 farmacias y cómo surtir sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan (kp.org/directory/espanol).

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

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

El monto del copago o del coseguro depende del nivel de costo compartido.

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

Capítulo 6 Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D**Sus costos por un suministro de *un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D**

Nivel	Minorista costo compartido (en- la red)	Pedido por correo costo compartido	Largo plazo cuidado (LTC) costo compartido	Fuera del de la red costo compartido (cobertura está limitada para cierta situaciones, consulte el capítulo 5 para obtener detalles.
	(un suministro de hasta 30 días)		(hasta 31- un suministro día]	[hasta un 30 suministro día)
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0			
Nivel 2 – Medicamentos genéricos	\$0			
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos*	\$47			
Nivel 4: Medicamentos no preferidos*	\$95			
Nivel 5: Medicamentos de especialidad*	Coseguro del 33 %			
Nivel 6: Vacunas inyectables de la Parte D	\$0	El pedido por correo no está disponible para medicamentos en el nivel 6.	\$0	

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

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

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

Habitualmente, el monto que paga por un medicamento 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 para menos de un mes, si eso le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

Capítulo 6 Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D

Si recibe un suministro completo de menos de un mes de ciertos medicamentos, notendrá 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. Calculamos el monto que pagará por día por su medicamento (la tarifa diaria del costo compartido) y la multiplicamos por la cantidad de días que requerirá el medicamento que reciba.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

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

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

Sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

	Costo compartido en minoristas (para dentro de la red)		Pedidos por correo costo compartido	
Nivel	31- a 60- suministro días	61- a 90- suministro días	31- a 60- suministro días	61- a 90- suministro días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0			
Nivel 2 – Medicamentos genéricos	\$0			
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos*	\$94	\$141	\$94	
Nivel 4: Medicamentos no preferidos*	\$190	\$285	\$190	
Nivel 5: Medicamentos de especialidad*	Coseguro del 33 %			
Nivel 6: Vacunas inyectables de la Parte D	No hay suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del nivel 6.			

*No pagará más de:

- \$70 por un suministro de hasta 2 meses de medicamentos de los niveles del 3 al 5 o

Capítulo 6 Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D

- \$94 por un suministro de hasta 3 meses para medicamentos de pedido por correo de nivel 3 o \$105 por un suministro de hasta tres meses para medicamentos minoristas de nivel 3 o medicamentos de niveles 4 y 5 de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo para el año alcancen los \$2,100

Continúa en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcanzan \$2,100. Luego avanza a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

La *EOB de la Parte D* que reciba le ayudará a realizar un seguimiento de cuánto han gastado usted, nuestro plan y terceros en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de \$2,100 en un año.

Nosotros le avisaremos si alcanza este monto. Consulte más información sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo en la Sección 1.2.

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura para catástrofes

En la Etapa de Cobertura para Catástrofes, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresa a la Etapa de Cobertura para Catástrofes cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de \$2,100 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 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas se enumeran en la Lista completa de medicamentos disponibles de 2026 de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted.

Consulte la *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2026 de nuestro plan* o llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles de cobertura y costos compartidos sobre vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D tiene 2 partes:

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

Capítulo 6 Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D

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

1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, 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 al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias y de la **etapa de pago del medicamento** en la que se encuentre.

- Cuando obtiene una 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 3 formas de obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted recibe 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 la Parte D, usted paga a la farmacia su copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su 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.

Capítulo 6 Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D

- 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, sele reembolsará el monto que pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluida su administración).

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 copago por la vacuna.
- Cuando el médico le suministra la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de este servicio.
- 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.

NOTA IMPORTANTE: Las vacunas de la Parte D con cobertura y su administración no tienen cargo. Sin embargo, es posible que haya un cargo por la visita al consultorio si se administran durante una visita al consultorio del médico.

CAPÍTULO 7:

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por sus servicios cubiertos o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado podría ser necesario que pague el costo total. En otras ocasiones, es posible que note que paga más de lo que le correspondía según las reglas de cobertura de nuestro plan o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, usted puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (le reembolse). Siempre que pague un porcentaje mayor al que le corresponde por medicamentos o servicios médicos cubiertos, tiene derecho a solicitar un reembolso. Puede que haya ciertas reglas que debe cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de su parte de costo compartido. Primero, intente resolver la facturación con el proveedor. Si no funciona, en lugar de pagar la factura, envíenosla. Y nosotros determinaremos si los servicios deberán cubrirse. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos que deben pagarse, le notificaremos al proveedor. Nunca debería pagar más del costo compartido estipulado por el plan. Incluso si contrata este proveedor, tiene derecho a recibir un tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que quizás necesite pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que haya recibido:

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

Fuera del área de servicio, usted puede recibir servicios de emergencia o servicios necesarios con urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor pertenezca a nuestra red o no. En estos casos,

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo para los servicios de emergencia o urgencia. Los proveedores de servicios de emergencia tienen la obligación legal de brindar atención de emergencia.
- Si usted paga 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.

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

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

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 facturan a nuestro plan directamente y solo le cobran la parte del costo que le corresponde a usted. Sin embargo, a veces cometen errores y le cobran más de lo que le corresponde pagar.

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

3. Si usted está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

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

4. Cuando surte una receta médica en una farmacia fuera de la red

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que esta no pueda enviarnos el reclamo de manera directa. Cuando eso 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. Vaya a la Sección 2.4

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

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 fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

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

Si no tiene su tarjeta de membresía de nuestro plan con usted, puede pedir a la farmacia que nos llame o que busque su información de inscripción en nuestro plan. 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 la Lista de medicamentos de nuestro plan o podría estar sujeto a un requisito o restricción que usted no conocía o no creyó que se aplicaría en su caso. Si decide comprar el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago. En ciertos casos, es posible que debamos obtener más información de su médico para reembolsarle la parte del costo que nos corresponde. 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 tiene 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.

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

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

- El envío de nuestro formulario electrónico tras completarlo en kp.org/espanol y la carga de la documentación de respaldo.
- Puede descargar el formulario en nuestro sitio web (kp.org/espanol) 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/espanol).
- Una copia de la factura, y su historia clínica por estos servicios, y su recibo si pagó por los servicios.

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

dirección: Kaiser Permanente
Claims Department Georgia Region
P.O. Box 370010
Denver, CO 80237-9998

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y responderemos sí o no

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. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que usted pagó (por ejemplo, si obtuvo el medicamento de una farmacia fuera de la red farmacia o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra

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

parte del costo. Si aún no pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.

- Si determinamos que la atención médica o el medicamento *no* tiene cobertura, o que usted *no* cumplió con todas las reglas, no pagaremos el porcentaje del costo que nos corresponde. Le enviaremos una carta que explique las razones por las que no le enviamos el pago y su derecho de apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le respondemos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que cometimos 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.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

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 audio o en CD)

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

Nuestro plan tiene servicios de interpretación disponibles sin costo para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. 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, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-443-0815 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Si los proveedores de la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan 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 la red de nuestro plan que cubran el servicio que necesita, llame a nuestro plan para recibir información sobre a dónde acudir para obtener este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para ver a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame a Servicio a los Miembros para presentar una queja formal al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). 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 TTY al 1-800-537-7697.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) del plan 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 la red de proveedores de nuestro plan *en un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios de especialistas de forma oportuna cuando necesita dicha atención. También tiene el derecho de que se le surtan o resurtan sus recetas médicas en cualquiera de las farmacias dentro de nuestra red sin largos retrasos.

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

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Existen leyes federales y estatales que protegen la privacidad de su historia clínica y de su información médica personal. 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 este 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 no requieren que obtengamos primero su autorización por escrito. 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

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a las normas y los estatutos federales; por lo general, se exige que la información que permita identificarle no sea compartida.

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

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información médica personal, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

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

Por favor llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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.** Usted tiene derecho a recibir información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de la red, y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la use.** Los Capítulos 3 y 4 ofrecen información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura de medicamentos 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.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.5 Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento disponibles y a participar en las decisiones sobre su atención

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 por adelantado si cualquier tipo de atención médica o tratamiento propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene derecho a negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **El derecho a decir 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. 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 autorización legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si usted no puede tomarlas;
- **dar a sus médicos instrucciones** escritas sobre qué tipo de atención médica desea que le proporcionen si no puede tomar decisiones por usted mismo.

El documento legal que puede usar en estas situaciones para transmitir sus indicaciones con antelación se llama **instrucciones anticipadas**. Los documentos como **testamento vital y poder legal para la atención médica** son dos ejemplos de instrucciones anticipadas.

Cómo establecer una instrucciones anticipadas para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones por anticipado de

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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 llamar a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar los formularios.

- **Llene y firme el formulario.** No importa dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere pedir a un abogado que le ayude a redactarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue 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. Conservar una copia en su casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha preparado un documento de instrucciones anticipadas, **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 firmó un formulario de instrucciones por anticipado, en el hospital, habrá formularios disponibles y, cuando llegue, le preguntarán si desea firmar uno.

Usted decide si quiere o no llenar un formulario de instrucciones anticipadas (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.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma unas instrucciones anticipadas y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones contenidas en ella, puede presentar una queja ante el Departamento de Recursos Humanos de Georgia. Puede comunicarse con el Departamento de Recursos Humanos de Georgia al 1-404-656-5680.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que volvamos a considerar decisiones que ya habíamos tomado

Si tiene problemas, dudas o quejas informales y necesita pedir cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica qué puede hacer. **Tenemos la obligación de tratarlo con imparcialidad cuando pida una decisión de cobertura o presente una apelación o una queja.**

Sección 1.7 Si considera que no recibe un trato justo o que no se respetan sus derechos

Si cree que no recibió 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, etnia, credo (creencias), edad o país de origen, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697), o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Si cree que no recibió 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 en los siguientes lugares:

- **Llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local al 1-866-552-4464** (seleccione la opción 4 cuando se le indique)
- **Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicio a los Miembros de nuestro plan al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local al 1-866-552-4464** (seleccione la opción 4 cuando se le indique)
- **Comuníquese con Medicare**
 - Císte www.Medicare.gov para leer la publicación *Sus Derechos y Protecciones con Medicare* (disponible en: www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 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, por favor, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Consulte a continuación las cosas que debe hacer al ser miembro de nuestro plan. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe cumplir para obtenerlos.**

Consulte en esta *Evidencia de Cobertura* para saber qué servicios están cubiertos y qué reglas debe seguir para obtener los servicios cubiertos.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- En los Capítulos 3 y 4, se brinda información detallada sobre los servicios médicos.
- Los Capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otro tipo de cobertura de salud o para medicamentos 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.**

Siempre que reciba atención médica o compre medicamentos de la Parte D, use su tarjeta de membresía de nuestro plan.
- **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 entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de las metas de tratamiento que se establecieron de común acuerdo con sus proveedores, siempre que sea posible.
 - 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 la prima de Medicare Parte B para seguir siendo miembro del plan.
 - Al recibir la mayor parte de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar el porcentaje del costo que le corresponde, es decir, un copago (cantidad fija) o un coseguro (un porcentaje del costo total).
 - Si tiene que pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe seguir pagándole directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si cambia de domicilio sin salir del área de servicio de nuestro plan, llame para que podamos actualizar su información de membresía y sepamos cómo comunicarnos con usted.**
- **Si cambia de domicilio fuera de nuestra área de servicio del plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).

CAPÍTULO 9:

Qué hacer si tiene un problema o una queja **(decisiones sobre la cobertura, apelaciones** **y quejas)**

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican 2 tipos de procesos para solucionar problemas e inquietudes:

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

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene reglas, procedimientos y plazos que se aplican tanto a nosotros como a usted.

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

Sección 1.1 Términos legales

Algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo tienen nombres legales. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, este capítulo utiliza palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos debe usar para obtener la ayuda o información adecuada, al explicar los detalles sobre qué hacer en situaciones específicas, hemos incluido estos términos legales.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Estamos siempre disponibles para ofrecerle ayuda. Incluso si tiene una queja sobre cómo lo tratamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a quejarse. Llame siempre a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En ciertas situaciones, tal vez le convenga recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa del gobierno que cuenta con consejeros capacitados. y no tiene

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Los asesores de este programa pueden

ayudarle a entender qué proceso usar para solucionar su problema. También pueden responder sus preguntas, proporcionarle más información y darle indicaciones sobre qué debe hacer.

Los servicios de los consejeros del SHIP no tienen costos. Puede comunicarse con el SHIP de GA llamando al 1-866-552-4464 (seleccione la opción 4 cuando se le indique).

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

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

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

¿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 (artículos médicos, servicios o medicamentos 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 **Sección 4, Guía sobre apelaciones y decisiones de cobertura.**

No.

Consulte la **Sección 10, Cómo presentar quejas informales sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas.**

Decisiones sobre la cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Guía sobre apelaciones y decisiones de cobertura

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 de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de Medicare Parte B como **atención médica**. Utiliza el proceso de decisiones sobre la cobertura y apelaciones para cuestiones tales como si algo está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si desea saber si cubriremos cuidados médicos antes de que los obtenga, puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Una decisión de cobertura es una decisión que

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

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 de nuestro 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 usted o 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 circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si 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.

Tomamos una decisión de 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 ya no se le cubre. Si no está de acuerdo con esta decisión sobre la cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión sobre la cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio, y si no está satisfecho, 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, puede solicitar una apelación acelerada o **rápida** de una decisión de 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 completemos la revisión, le damos a conocer nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de 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 iniciar 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.

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

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

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 de este capítulo, se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

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

Si desea solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación, le recomendamos los siguientes recursos:

- **Llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico
- **Su médico puede presentar una solicitud en su nombre.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Designación de Representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web kp.org/espanol.)
 - Para la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D, su médico puede solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación en el Nivel 1, pasará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos 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.** Puede nombrar a otra persona como su “representante” para que solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
 - Si desea que un amigo, un familiar, u otra persona sea su representante, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario *Designación de Representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en kp.org/espanol). Este formulario otorga permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe incluir su firma y la de la persona que usted designe como su representante. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación del representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

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 referidos. Existen grupos que ofrecen servicios legales sin costo, si usted califica para recibirlos. Sin embargo, **si desea solicitar cualquier tipo de decisión sobre la cobertura o presentar una apelación**, no es obligatorio contratar a un abogado.

Sección 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Hay 4 situaciones diferentes en las que se usan decisiones sobre la cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Detallamos cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Su atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que se le está dando de alta demasiado pronto
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto (*Se aplica solo a estos servicios:* atención de salud domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF])

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede solicitar ayuda o información a su SHIP.

SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación**Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención**

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 del Cuadro de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos de la Parte B son diferentes de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes 5 situaciones:

1. No recibe un cierto tipo de atención médica que necesita y cree que nuestro plan la

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

cubre. **Solicite una decisión sobre la cobertura. Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico necesitan proporcionarle y cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión sobre la cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió servicios o atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, pero nos negamos a pagarlos. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
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 5.5.**
5. Se le informa que se reducirá o se cancelará la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado antes, y considera que esta reducción o cancelación podría afectar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención de salud domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), consulte las Secciones 7 y 8. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura**Términos legales:**

Una decisión de cobertura que involucra su atención médica se denomina **determinación de la organización**.

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

Paso 1: Decida si necesita una decisión normal sobre la cobertura o una decisión rápida sobre la cobertura.

Una decisión normal sobre la cobertura generalmente se toma dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos o 72 horas 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.

Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir con 2 requisitos:

- *Sólo puede solicitar* cobertura para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar podría causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad de recuperar sus funciones.

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

Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico,

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

nosotros decidiremos si su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura. Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explicaremos la implementación de plazos estándares.
- **Explica que si su médico solicita una decisión acelerada sobre la cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.**

Explicaremos que 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: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión rápida de 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 damos una respuesta.

Para las decisiones normales sobre la cobertura, utilizamos los plazos normales.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario posteriores a que recibamos su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a nuestras normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que solicitó no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a que recibamos su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento 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 pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si la solicitud es para un artículo 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 de Medicare Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una *queja acelerada*. Le responderemos la queja cuando tomemos la decisión. El proceso para presentar una queja informal es diferente del que se usa para solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre 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 de Medicare Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si nos solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si la solicitud es para un artículo 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 de Medicare Parte B.

- Si considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una *queja acelerada*. (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre quejas). Le llamaremos tan pronto como tomemos la 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 denegamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted puede apelar.

- 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 una apelación, significa que usted pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de nivel 1**Términos legales:**

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama **reconsideración del plan**.

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

Paso 1: decida si necesita una apelación 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, usted o su médico decidirán si necesita una apelación acelerada. Le proporcionaremos una apelación acelerada si su médico nos informa que la necesita debido a su estado de salud.
- Los requisitos para obtener una apelación acelerada son los mismos que los que se necesitan para una decisión acelerada sobre la cobertura, y se describen en la Sección 5.2.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar 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**

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

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. Usted y su médico pueden añadir información adicional que respalde su apelación.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.

Paso 3: Analizamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, 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 de Medicare Parte B.
 - 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 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. La organización de revisión independiente le avisará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a que recibamos su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario posteriores** a que recibamos su apelación. Le daremos una respuesta antes si es necesario debido a su condición de 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 para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento 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 a su queja informal en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta en el plazo indicado (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan responde que no a una parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.

Sección 5.4 El proceso de apelación de nivel 2**Términos legales:**

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se le llama **(Independent Review Entity, IRE)**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por 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 su apelación.

- Enviaremos a esta organización toda la información disponible sobre su apelación. Esta información se denomina **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente del caso**. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
- Usted tiene derecho a entregar a la organización de revisión independiente información adicional que considere que puede ayudarle con su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

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 independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de las 72 horas** de recibir su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento 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 por un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de cuando recibe su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento 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 acepta parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las **72 horas** o brindar el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización responde no a parte o a la totalidad de su apelación**, significa que

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

están de acuerdo con nosotros en que no debe aprobarse su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de salud. (Esto se llama **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Se explica la decisión.
- Se le notifica de su derecho a una apelación de Nivel 3, si el valor en dólares de la cobertura de atención médica solicitada 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.
- Se le indica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea pasar al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros 3 niveles en el proceso de apelaciones (para un total de 5 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 9 explica los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

El Capítulo 7 describe cuándo es posible que usted necesite pedir un reembolso o que paguemos por una factura que recibió de un proveedor. También se explica cómo debe enviarnos los documentos necesarios para solicitarnos el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión sobre la cobertura

Si nos envía la documentación en la que solicita el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, revisaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También nos aseguraremos de que haya cumplido con todas las reglas sobre la cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos 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 entre 30 y 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 rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* siguió todas las reglas, no le 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.

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

Para presentar esta apelación, siga los pasos del proceso de apelaciones descritos en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con reembolsos, tome en cuenta lo siguiente:

- Debemos dar nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario a partir del momento en que recibamos su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos el costo de un servicio de atención médica que ya recibió y que ya pagó, no puede pedir una apelación acelerada.
- Si la organización de revisión independiente resuelve que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si se responde que sí a su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una Apelación

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

Entre sus beneficios se incluye la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente decimos "*medicamento*" en el resto de esta sección, en vez de repetir "*medicamento recetado para pacientes ambulatorios cubierto*" o "*medicamento de la Parte D*" cada vez. También utilizamos el término Lista de medicamentos en vez de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2026*.

- 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

Términos legales:

Una decisión inicial sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D se llama **determinación de cobertura**.

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

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:

- Solicitar cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2026*. **Pedir una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura de nuestro plan para un medicamento (tales como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de tratar primero con otro medicamento). **Pedir una excepción. Sección 6.2**
- Solicitarnos pagar un monto menor del costo compartido de un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Pedir una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento recetado que ya compró. **Solicítenos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión sobre la cobertura, puede presentar una apelación.

En esta sección, se explica cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar cobertura para un medicamento que no se incluye en la Lista de Medicamentos es una **excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles**. Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento es una **excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles**. Solicitar el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto en la manera en la que usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión sobre la cobertura.

Para que tomemos en cuenta su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que expida recetas deben explicar los motivos médicos. A continuación, se muestran 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos del nivel 5 para medicamentos de nivel especializado o del nivel 2 para medicamentos genéricos. No puede solicitar una excepción para no pagar el monto del costo compartido que le corresponde para recibir el medicamento.

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las reglas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos se incluyen en uno de seis niveles de costo compartido. En términos generales, cuanto más bajo sea el número del nivel de costo compartido, menos pagará como su parte del costo del medicamento.
 - Si la Lista de Medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que están en un nivel menor de costo compartido que su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento por el monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que 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.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber sobre cómo solicitar excepciones
Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta deben enviarnos una declaración donde se expliquen los motivos médicos para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápido, recuerde incluir esta información médica de su médico u otro profesional que emite recetas al solicitar la excepción.

Nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición determinada. Estas diferentes posibilidades se denominan 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 otro daño.

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)**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 de nuestro plan. Siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si el plan responde que no a su solicitud, usted tiene derecho a solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción**Términos legales:**

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

Paso 1: Decida si necesita una decisión normal sobre la cobertura o una decisión rápida sobre la cobertura.

Las decisiones de cobertura estándar se toman dentro de las **72 horas** posteriores a que recibimos la declaración de su médico. **Las decisiones de cobertura rápidas** se toman dentro de las **24 horas** posteriores a que recibimos la declaración de su médico.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una decisión rápida sobre la cobertura. Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir con 2 requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no haya recibido. (no puede solicitar una decisión de cobertura rápida 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 le receta medicamentos nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o quien le receta medicamentos, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explicaremos la implementación de plazos estándares.
 - Se le explique que, si su médico u otro profesional que receta solicitan una decisión rápida de cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
 - Se le informe sobre cómo puede presentar una queja acelerada acerca de nuestra decisión de darle una decisión normal sobre la cobertura en vez de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas de haberla recibido.

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 2: Solicitar 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 pedirnos 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 de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web (kp.org/espanol).

El Capítulo 2 tiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamo denegado se 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 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 las razones por teléfono y, si es necesario, enviarnos después la declaración escrita por fax o correo.

Paso 3: Estudiamos su solicitud y le damos nuestra respuesta.***Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura***

- Por lo general, debemos responderle en un **plazo de 24 horas** después de recibir 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 declaración por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión normal sobre la cobertura acerca de un medicamento que no recibió

- Por lo general, debemos responderle en un **plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

- 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 darle 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 denegamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si decimos no, usted tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Esto implica volver a solicitar la cobertura para los medicamentos que desea. Si presenta otra apelación, significa que usted pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 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**.

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 1: Decida si necesita una apelación normal 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 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que le recetas deben comunicarse con nosotros y 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 (1-800-232-4404).** 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/espanol. Incluya 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.** Usted y su médico pueden añadir información adicional que respalde su apelación. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.

Paso 3: analizamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos 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.

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)***Plazos para una apelación acelerada***

- Para apelaciones aceleradas, debemos responderle **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos elevar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindarle la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su apelación.
- **Si respondemos no a toda o parte de su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito para explicarle nuestros motivos y cómo puede apelar a nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar de un medicamento que todavía no haya recibido

- Para apelaciones estándar, debemos dar nuestra respuesta en un **plazo de 7 días calendario** a partir del momento en que recibamos su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y es necesario debido a su condición médica.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la evaluará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted solicitó**, debemos brindarle la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no más tarde de **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si respondemos no a toda o parte de su solicitud**, le enviaremos una declaración 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 darle 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.

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: Si respondemos que no a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación significa que usará el Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 6.6 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 una organización independiente contratada por 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 o su médico u otro profesional que le expida la receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si 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, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** desde la fecha del aviso por escrito.
- 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 solicitud a la IRE automáticamente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. 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.
- Usted tiene derecho a entregar a la organización de revisión independiente información adicional que considere que puede ayudarle con su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

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

Plazos para una apelación acelerada

- Si su salud así lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una apelación acelerada.

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

- Si la organización acepta brindarle una apelación acelerada, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en **un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión independiente 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 Independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le 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 dicha 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 que fue aprobada en **un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente.
- 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 independiente 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 conoce como **denegar la apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Se explica la decisión.
- Se 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.
- Se le informe el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar el proceso de apelaciones.

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea pasar al siguiente nivel del proceso de apelación.**

- Después del Nivel 2, hay otros 3 niveles en el proceso de apelaciones (para un total de 5 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. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más larga si Cree que te están dando el alta demasiado pronto

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, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted con el fin de prepararse para el día en que reciba el alta. Ellos se encargarán de coordinar cualquier servicio de atención que pudiese necesitar después de salir del hospital.

- El día en que usted abandona el hospital se llama **fecha del alta**.
- Una vez que se fija la fecha del alta hospitalaria, su médico o el personal del hospital se la comunicarán.
- Si piensa que el médico le da el alta antes de tiempo, puede pedir que se extienda su hospitalización, y se tendrá en cuenta su solicitud.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá una notificación por escrito de Medicare con una descripción de sus derechos

Dentro de los 2 días calendario después de ser hospitalizado, recibirá un aviso por escrito con el título *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. 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, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 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.

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

- 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 la notificación *solo* demuestra que recibió 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.

3. Guarde una copia del aviso 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 2 días calendario antes de la fecha de alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
- Para ver una copia de este aviso con anticipación, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante un período más prolongado, utilice el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, asegúrese de comprender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Puede comunicarse con el SHIP de GA llamando al 1-866-552-4464 (seleccione la opción 4 cuando se le indique). La información de contacto de SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

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 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 comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes de* usted sale del hospital **a más tardar a la medianoche del día de su alta.**
 - **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 para el alta hospitalaria, *es posible que deba pagar todos los costos* asociados a la atención hospitalaria que reciba después de esta fecha.
- Una vez que pida 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.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta hospitalaria** llamando a Servicio a los miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) O puede obtener un aviso de muestra en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

- 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: al día siguiente de tener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responderá su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión independiente responde que *sí*, debemos continuar proporcionando sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados **con cobertura durante el tiempo que sea médicamente necesario**.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si se aplican). Es posible también que se apliquen limitaciones a los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión independiente responde que *no*, significa que la fecha programada para el alta hospitalaria es apropiada desde el punto de vista médico. Si esto ocurre, **nuestra cobertura de sus servicios para pacientes hospitalizados terminará** al mediodía del día *posterior* a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le comunique la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente 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. el día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad 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.

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Con una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a evaluar la decisión tomada en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar la totalidad de los costos de su hospitalización después de su fecha programada para el alta hospitalaria.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** 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 hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente 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 independiente responde que no:

- Esto significa que los revisores están de acuerdo con la decisión tomada en la apelación de Nivel 1. Esto se llama respaldar la decisión.
- En la notificación que reciba, se explicará por escrito qué pasos debe seguir si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: si la respuesta es no, deberá decidir si quiere continuar con su apelación y pasar al nivel 3.

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

- Después del Nivel 2, hay otros 3 niveles en el proceso de apelaciones (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, consulte las instrucciones sobre cómo hacerlo que se incluyen en la notificación por escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura termina demasiado pronto

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 anticipación si decidimos que es hora de dejar de ofrecerle cobertura para cualquiera de estos 3 tipos de atención. Al finalizar la cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestro porcentaje del costo de su atención.*

Si considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 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 acelerada**. Solicitar una apelación por la vía rápida es una manera legal y formal de pedir un cambio en nuestra decisión sobre cuándo dejar de

- 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 pedirnos 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.** Firmar la notificación *solo* demuestra que recibió la información.

Información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo**

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá presentar su petición por medio del proceso de apelaciones. Antes de comenzar, asegúrese de comprender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Puede comunicarse con el SHIP de GA llamando al 1-866-552-4464 (seleccione la opción 4 cuando se le indique). La información de contacto de SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de la atención médica que trabajan para el gobierno federal supervisando y mejorando la calidad de la atención médica que reciben los pacientes de Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es apropiado interrumpir la cobertura de ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: presente su apelación de nivel 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación por 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 del Aviso de no cobertura de Medicare.**
- Si vence el plazo y desea presentar una apelación, es posible que aún tenga otros derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad utilizando la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. O también 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.

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.****Términos legales:**

Explicación detallada de no cobertura. Notificación 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 independiente 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: en un plazo de un día a partir del momento en que tengan toda la información necesaria, los revisores le informarán su decisión.***¿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 indicamos.**
- 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.

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo**

Con una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a evaluar la decisión tomada en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, los servicios de atención brindada en un centro de enfermería especializada o los servicios proporcionados en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días 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 continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad 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 independiente 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 independiente 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 quiere continuar con su apelación.

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que da un total de 5 niveles de apelación. Si desea presentar una apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo figuran en el aviso por escrito que recibe tras la decisión de su apelación de nivel 2.

La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9, se incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5**Sección 9.1 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de solicitudes de servicios médicos**

Esta sección puede serle útil si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor 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 que los primeros 2 niveles. 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* o no finalizar o no.**

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

- Si usted decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- De lo contrario, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar la decisión favorable de una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *podría o no* finalizar.** 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 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, en la notificación se indicará si, de acuerdo con las normas, puede continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y responderá que *sí o no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 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.

Si el valor del medicamento que usted apeló alcanza cierto monto 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 se explica a quién contactar y cómo solicitar una apelación de Nivel 3.

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

Para la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma que los primeros 2 niveles. 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 la decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - De lo contrario, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones 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 la decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no desea aceptarla, tal vez pueda seguir con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que no a su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, en la notificación se indicará si, de acuerdo con las normas, puede continuar con una apelación de Nivel 5. En el aviso por escrito también se le informará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si escoge seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y responderá que *sí o no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

Cómo presentar quejas informales

SECCIÓN 10 Cómo presentar quejas informales sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, Servicio al Cliente y otros temas

Sección 10.1 ¿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.

queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención (incluida la atención que recibió en el hospital)?
Respeto a su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente inadecuado u otras conductas negativas	• ¿Alguien fue grosero con usted o le faltó al respeto? • ¿Está disconforme con nuestro Servicio a los Miembros? • ¿Siente que lo alientan a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para hacer una cita o debe esperar demasiado para obtenerla? • ¿Debió esperar mucho tiempo a un médico, un farmacéutico o a otro profesional de la salud? ¿O a nuestro Servicio a los Miembros u otro representante de nuestro plan? ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o de examen o para obtener una receta.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le enviamos una notificación que debíamos enviarle? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

Puntualidad (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: • Puede presentar una queja informal si nos solicitó una <i>decisión rápida sobre la cobertura</i> o una <i>apelación acelerada</i>, y le respondimos que no. • Usted cree que no estamos cumpliendo los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja informal.
---	--

Ejemplos	de quejas informales
	• 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. • Si cree que no respetamos los plazos necesarios para enviarle su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja informal.

Sección 10.2 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 informal acelerada** también se

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea mediante una llamada telefónica o por correo.

- En general, el primer paso es llamar al Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). 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 informal

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

por escrito y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, daremos respuesta a su queja informal por escrito.

- **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 a partir del momento en que recibamos la queja informal. Es posible que ampliemos el plazo para tomar una decisión hasta 14 días calendario si usted solicita la ampliación del plazo o si justificamos la necesidad de obtener información adicional y el retraso es en su beneficio.
 - Puede presentar una queja formal acelerada sobre nuestra decisión de no acelerar una decisión de cobertura o una apelación por atención o artículos médicos, o si extendemos el plazo que necesitamos para tomar una decisión de cobertura o una apelación por atención o artículos médicos. Debemos responder a su queja formal acelerada **en un plazo de 24 horas.**
- El **plazo** para presentar una queja informal es de 60 días calendario después de la fecha en que tuvo el problema sobre el cual desea presentar la queja informal.

Paso 2: revisamos su queja informal y le damos una respuesta.

- **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.** En caso de que necesitemos más información y el retraso sea en su beneficio, o si usted pide más tiempo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** (44 días calendario en total) para responder su queja informal. 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 usted presenta una queja acelerada, significa que 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 10.3 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:

Capítulo 9 Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

- **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.

O

- **Puede presentar su queja informal tanto ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informarle a Medicare sobre su queja informal

Puede presentar una queja acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Si desea presentar una queja ante Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar a:

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Cancelación de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 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 situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a poner fin a su membresía. En la Sección 5, se informa en qué situaciones debemos cancelar su membresía.

Si usted cancela su membresía en nuestro plan, este debe seguir brindándole atención médica y medicamentos recetados, y usted debe continuar pagando su parte del costo hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción abierta** cada año. 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 abierta** 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.
 - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos de Medicare, o
 - Original Medicare *sin* un plan individual de medicamentos de Medicare.
 - Si elige esta opción y recibe Ayuda Adicional, Medicare podrá inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que rechace la inscripción automática.

Observación: Si usted cancela su afiliación a un plan de medicamentos 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.

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía de nuestro plan

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** 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 de Medicare Advantage**, usted puede:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - 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 de Medicare al mismo 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 de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente a que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante un periodo de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de nuestro plan pueden reunir los requisitos para cancelar su membresía en nuestro plan en otros periodos del año, conocidos como periodos de inscripción especial. Se los conoce como **Períodos de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial si se aplica alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para conocer la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- Normalmente, cuando se muda
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos 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).

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía de nuestro plan

Nota: Si usted es parte de un programa de administración de medicamentos, no podrá cambiar de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5, se ofrece más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si usted es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de 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.
- Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos de Medicare, o
- Original Medicare *sin* un plan individual de medicamentos de Medicare.

Observación: Si usted cancela su afiliación a un plan de medicamentos de Medicare y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si en el futuro se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía finalizará usualmente el** primer día del mes siguiente al mes en que recibamos su solicitud de cambio de nuestro plan.
- **Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de cobertura de sus medicamentos:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Sección 2.4 Obtener más información sobre los períodos en los que puede cancelar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre cancelar su membresía, puede:

- **Llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- Encontrar la información en el manual ***Medicare y Usted 2026***.
- Llame a **Medicare** a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía de nuestro plan**SECCIÓN 3 Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan**

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	- Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. - Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan cuando inicie la cobertura de su nuevo plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Siga estas indicaciones:
Original Medicare <i>con</i> un plan independiente de medicamentos de Medicare	- Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. - Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan cuando inicie la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Original Medicare <i>sin</i> un plan individual de medicamentos de Medicare.	Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su membresía. Llame al Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. - También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar la baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. - Su afiliación a nuestro plan se cancelará cuando inicie la cobertura de Original Medicare.

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía de nuestro plan

SECCIÓN 4 Hasta el momento en que finalice su membresía, usted debe seguir obteniendo sus servicios médicos por medio de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo servicios, artículos médicos y medicamentos recetados por medio de nuestro plan.

- **Continúe obteniendo la atención médica que necesita de los proveedores de nuestra red.**
- **Siga utilizando nuestra red de farmacias o el servicio de pedido por correo para surtir sus recetas.**
- **Si el día que finaliza su membresía usted está hospitalizado, nuestro plan cubrirá los gastos hasta que reciba el alta hospitalaria** (incluso si es dado de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 En ciertas situaciones, debemos cancelar su membresía en nuestro plan

Debemos cancelar su membresía en nuestro plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
- Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en nuestra área de servicio.
- Si ha sido miembro de nuestro plan en forma ininterrumpida desde antes de enero de 1999 y estuvo viviendo fuera de nuestra área de servicio antes de enero 1999, todavía es elegible, siempre y cuando no se haya mudado desde antes de enero de 1999. Sin embargo, si se muda a un lugar fuera de nuestra área de servicio, se cancelará su inscripción en nuestro plan.
- Si lo encarcelan (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

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía de nuestro plan

brindarle atención médica a usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare).

- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía por esta razón, Medicare podría pedir que el inspector general investigue su caso.
- Si debe pagar el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción a nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY llaman al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud

No podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si siente que le pidieron que cancele su membresía por una razón relacionada con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 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 se podrían aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado donde vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se describen ni se explican en el presente documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos a ninguna persona por su raza, grupo étnico, país de origen, color, religión, sexo, edad, incapacidad física o mental, estado de salud, historial de reclamos, historial médico, información genética, prueba de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben respetar las leyes federales contra la discriminación, 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, 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 www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una incapacidad y necesita ayuda para obtener acceso a la atención, llámenos a Servicio a los Miembros al 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). 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 Senior Advantage, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de

Capítulo 11 Notificaciones legales

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 Asignación

No puede asignar 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 Health Plan, Medical Group u hospitales del plan, cada una de las partes será responsable de los propios gastos y honorarios, lo cual incluye honorarios de abogados, defensores y otros gastos, salvo que la ley exija lo contrario.

SECCIÓN 8 Coordinación de beneficios

Tal como se describe en la 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 de Senior Advantage para pagar la atención que recibe. A esto se le llama “coordinación de beneficios” porque implica coordinar todos los beneficios de salud que estén a su disposición. Recibirá atención con cobertura de los proveedores de la red como de costumbre y otras coberturas que tenga sencillamente ayudarán a pagar la atención que usted reciba.

Si su otra cobertura es el pagador principal, a menudo saldará su parte del pago directamente con nosotros y usted no tendrá que hacer nada. Sin embargo, si el pago que el pagador principal nos debe se lo envían directamente a usted, la ley de Medicare le exige que nos dé este pago primario a nosotros. Para obtener más información sobre los pagos primarios en situaciones de responsabilidad civil de terceros, consulte la Sección 16 de este capítulo, y para los pagos primarios en casos de compensación del trabajador, la Sección 18 de este capítulo.

Debe informarnos si tiene otra cobertura de atención médica y si se registra algún cambio en su cobertura adicional.

Capítulo 11 Notificaciones legales

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 exención 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.

Capítulo 11 Notificaciones legales**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.

Observación: 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 derechos de reembolso sobre el dinero que usted o nosotros obtengamos de cualquier acuerdo o dictamen judicial contra un tercero en cualquier procedimiento o decisión, de otras clases de coberturas que incluyen, entre otras: responsabilidad civil, conductor sin seguro, conductor con seguro insuficiente, protección personal, compensación del trabajador, lesiones personales, pagos médicos y todos los demás tipos de partes que están directamente involucradas. 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:

Oficina Administrativa para Pacientes del Centro Nine Piedmont de Kaiser Permanente
3495 Piedmont Road, NE Atlanta, GA 30305-1736

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

Capítulo 11 Notificaciones legales

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 hubiese sido usted quien presentara el reclamo contra el3 tercero. Tendremos la opción de ceder nuestro derecho a ejecutar nuestro derecho de retención y otros derechos.

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 por encargo de terceros, 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.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

Advantage Plus: Un paquete de beneficios adicionales opcionales que puede comprar durante el período de inscripción anual y otros plazos limitados. **Este paquete de beneficios adicionales incluye beneficios de atención dental**, audífonos y artículos para la visión por una prima mensual adicional que se suma a la prima del plan Senior Advantage (consulte la Sección 4.3 del Capítulo 1 para obtener más información).

Asignación: Un monto específico que se acredita a un miembro por el costo de un artículo o servicio. Si el costo de los conceptos o servicios que elija es mayor que la asignación, usted pagará la diferencia, que no se aplica a los gastos máximos de bolsillo.

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.

Periodo de inscripción anual: El periodo comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos o pasarse a Original Medicare.

Apelación: Una apelación es lo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención para la salud o de medicamentos recetados o del pago de los servicios o medicamentos que ya haya recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldos: Cuando un proveedor (como un médico o un hospital) factura a un paciente un monto que supera el costo compartido que permite nuestro plan. Como miembro de nuestro plan, solo tiene que pagar su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores **facturen el saldo** o de otro modo le cobren más que el costo compartido que nuestro plan dice que usted debe pagar

Periodo de beneficios: La manera en la que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios de un centro de enfermería especializada (SNF). Comienza el período de beneficios el día que usted va a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF) durante 60 días consecutivos. Si usted ingresa en un centro de enfermería especializada después de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

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

Capítulo 12 Definiciones

formas alternativas se denominan biosimilares.(consulte “**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 \$2,100 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.

Coseguro: Monto que posiblemente tenga que pagar como costo compartido por servicios o medicamentos recetados, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) de los cargos del plan.

Queja 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. También incluye quejas informales si nuestro plan no cumple los plazos en el proceso de apelación.

Lista completa de medicamentos recetados disponibles (o “Lista de Medicamentos”): Una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Centro 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 o cobertura, cada tipo de cobertura se llama pagador. Cuando haya más de un pagador, habrá normas para la coordinación de beneficios que determinan cuál paga primero. El pagador principal paga lo que debe de sus facturas primero y luego envía el resto para que lo pague el pagador secundario. Si el pago que se nos debe se le envía directamente, la ley de Medicare le exige que nos entregue el pago. En algunos casos puede haber un tercer pagador.

Capítulo 12 Definiciones

Para obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección 7, y el Capítulo 11, Sección 8.

Copago: un monto que se le puede pedir que pague como su parte del costo del servicio o suministro médico, como una 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. (Esto es adicional a nuestra prima mensual del plan). El costo compartido incluye una combinación de los siguientes tres tipos de pagos: 1) cualquier monto de deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; 2) cualquier monto fijo de copago que un plan requiera cuando se reciba un medicamento o servicio específico, o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que requiera un plan cuando se reciba un medicamento o servicio específico.

Observación: En algunos casos, es posible que no pague todos los costos compartidos aplicables en el momento de recibir los servicios, y le enviaremos una factura más adelante por los costos compartidos. Por ejemplo, si recibe atención no preventiva durante una consulta de atención preventiva programada, es posible que después le enviemos su factura del costo compartido correspondiente a la atención no preventiva. Para los 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.

Niveles de costo compartido: Cada uno de los medicamentos de la lista de medicamentos recetados cubiertos está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, entre más alto sea el nivel de costo compartido, más deberá pagar 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.

Capítulo 12 Definiciones

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, proporcionada por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de una cama o silla, moverse 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. Aquí hay un ejemplo: si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de

\$30 y un suministro de un mes en nuestro plan es de 30 días, entonces su tarifa diaria de costo compartido es de \$1 por día.

Deducible: El monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados, antes de que pague nuestro plan.

Dentista de DeltaCare USA: Un dentista que proporciona servicios de odontología general y que ha aceptado proporcionar servicios cubiertos por DeltaCare USA a los miembros inscritos en uno de nuestros planes de Medicare Advantage.

Especialista de DeltaCare USA: Un dentista que proporciona servicios de especializados y que ha aceptado proporcionar servicios cubiertos por DeltaCare USA a los miembros inscritos en uno de nuestros planes de Medicare Advantage.

Desafiliación o cancelación de la inscripción: 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.

Planes de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (D-SNP) – Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (Título XIX). Algunos estados cubren ciertos costos de Medicare, de acuerdo con la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad: una persona que reúne los requisitos para obtener cobertura de Medicare y 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.

Capítulo 12 Definiciones

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

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que: 1) presta un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y que 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Atención Dental de Emergencia: Para miembros que están inscritos en Advantage Plus, atención proporcionada por un dentista para tratar una condición dental que se manifiesta como un síntoma de suficiente gravedad, que incluye dolor intenso, que de no tratarse de inmediato, cabría la posibilidad razonable de que tenga como consecuencia: (1) poner en grave riesgo la salud dental del miembro o (2) deficiencia severa de las funciones dentales. Razonablemente en este caso significa que un miembro aplica un juicio prudente para determinar que hay una emergencia dental y se comunica con el dentista de DeltaCare USA para obtener atención de emergencia. Si el dentista no está disponible, los miembros deben llamar al Servicio de atención al cliente de Delta Dental antes de recibir atención de otro dentista, si es razonablemente posible considerando la naturaleza de la situación, al 1-844-519-8693, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 15 de febrero) y de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 16 de febrero al 30 de septiembre) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre la cobertura de Advantage Plus y DeltaCare USA.

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.
- Deterioro grave de las funciones corporales; o
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Evidencia de Cobertura (EOC) y entrega de información: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula añadida u otra cobertura opcional seleccionada, que explican cuál es su cobertura, qué debemos hacer, cuáles son sus derechos y también sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos recetados (una excepción de la lista de medicamentos recetados) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que solicita, si

Capítulo 12 Definiciones

nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que renunciemos a la restricción de criterios (una excepción de la lista de medicamentos recetados disponibles).

Medicamento excluido: Todo medicamento que no sea un “medicamento cubierto de la Parte D”, según se define en la Sección 1395w-102(e).

Ayuda adicional: un 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: medicamento recetado que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) como producto que incluye los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos son tan eficaces como los medicamentos de marca y, por lo general, cuestan menos.

Queja formal: Un tipo de queja informal que usted presenta contra nuestro plan, proveedores o farmacias, incluidas las quejas informales 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 domiciliaria para su enfermedad o lesión. Estos no están cubiertos a menos que también se le proporcione un servicio especializado cubierto. Los servicios de salud domiciliaria no incluyen los servicios de amas de llaves, acuerdos para el servicio de alimentos ni atención de enfermería en el hogar de tiempo completo.

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. Nuestro 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 necesarios desde el punto de vista médico 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 (Income Related Monthly Adjustment Amount, 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, conocido como

Capítulo 12 Definiciones

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 costos de bolsillo para el año hayan alcanzado el monto límite de gasto de bolsillo personal.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Atención de paciente hospitalizado: atención médica que recibe durante la hospitalización en un hospital general de atención de problemas médicos agudos.

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 (Plan de salud): Kaiser Foundation Health Plan, of Georgia Inc., es una corporación sin fines de lucro y una organización de Medicare Advantage. En la *Evidencia de Cobertura* a veces se hace referencia al Plan de Salud como “nosotros” o “nos”.

Kaiser Permanente: El Plan de Salud y Grupo Médico.

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 y atención continua para afecciones 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): Consulte Ayuda 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.

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Capítulo 12 Definiciones

Monto de gastos máximos de bolsillo: Lo máximo que usted paga de bolsillo durante el año calendario por los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas de nuestro plan, las primas de Medicare Parte A y Parte B, y los medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto del gasto máximo de bolsillo.

Medicaid (o asistencia médica): Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid estatales pueden 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 cubre Medicare Parte A o Parte B, pero no los medicamentos que cubre Medicare Parte D.

Grupo médico: es la red de proveedores del plan, que tienen un contrato con nuestro plan para proporcionarle los servicios cubiertos. El nombre de nuestro grupo médico es The Southeast Permanent Medical Group, Inc., una corporación profesional con fines de lucro.

Indicación médicamente aceptada: Uso de un medicamento que ha aprobado la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) 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.

Médicamente Necesario: 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 de Medicare Advantage (MA): Llamado en ocasiones Medicare Parte C, es un plan que ofrece una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan 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

Capítulo 12 Definiciones

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. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, planes de costos de Medicare, Planes de Necesidades Especiales, Programas Demostrativos/Pilotos y Programas de Atención Integral para Personas Mayores (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.

Programa de Administración de la terapia de medicamentos (MTM): un programa de Medicare Parte D para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen ciertos requisitos o están en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o un proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Política 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 nuestra red.

Médico de la red: Cualquier médico certificado que trabaje para el Grupo Médico o cualquier médico certificado contratado para prestar servicios a nuestros miembros (excepto los médicos contratados solo para brindar servicios por referencia).

Capítulo 12 Definiciones

Proveedor de la red: proveedor es el término general para los médicos, otros profesionales de la salud (incluidos auxiliares médicos, enfermeros practicantes y enfermeros, entre otros), 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**.

Período de inscripción anual: período desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año durante el cual los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare.

Determinación de la organización: Una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar por ellos. Las determinaciones de la organización se llaman decisiones sobre la cobertura en este documento.

Producto biológico original: producto biológico que ha sido aprobado por la FDA 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) Original Medicare es ofrecido por el gobierno ofrece 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: Una 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.

Capítulo 12 Definiciones

Parte C: consulte Plan de Medicare Advantage (MA).

Parte D: programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que la Parte D puede cubrir. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido de la Parte D la cobertura de ciertas categorías de medicamentos. Todos los planes deben cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Penalización por inscripción tardía en la Parte D: Un monto que se agrega a su prima del plan 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.

Plan: Kaiser Permanente Senior Advantage Standard.

Cargos del Plan: Cargos del Plan se refiere a lo siguiente:

- En el caso de servicios prestados por el grupo médico o los hospitales del plan, los cargos en el programa del plan de salud del grupo médico y los cargos de los hospitales del plan por servicios prestados a los miembros.
- En el caso de los servicios que se pagan por capitación a un proveedor (excepto el grupo médico u hospitales del plan), los cargos del cronograma de cargos que Kaiser Permanente negocia con el proveedor al que se paga por capitación.
- En el caso de los artículos obtenidos en una farmacia que Kaiser Permanente administre y posea, el monto que la farmacia cobraría a un miembro de Kaiser Permanente por un artículo que se cubra en su plan de beneficios (este monto resulta del cálculo de los costos de la compra, el almacenamiento y la entrega de medicamentos, los costos directos e indirectos de prestar los servicios de farmacia de Kaiser Permanente a los miembros y la contribución del programa de farmacia a los requisitos de ingresos netos del plan de salud).
- Los cargos por cualquier otro servicio, los pagos que realiza Kaiser Permanente por los servicios o, si Kaiser Permanente resta los costos compartidos de sus pagos, el monto que Kaiser Permanente debería haber pagado si no hubiera restado los costos compartidos.

Cuidados 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 le 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 el proceso de alta o de traslado, o después de este.

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

Capítulo 12 Definiciones

pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea por medio de proveedores de la red o fuera la red. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más altos cuando reciban los beneficios del plan de proveedores fuera de 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) dentro de la red y (no preferidos) fuera de 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.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor al que usted consulta primero por problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su médico de cabecera antes de consultar a cualquier proveedor de atención médica.

Autorización previa: Aprobación por adelantado para obtener servicios y/o ciertos medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la lista de medicamentos recetados disponibles 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.

Referido: una orden por escrito de su médico de cabecera para que visite a un especialista o reciba determinados servicios médicos. Sin un referido, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios de Rehabilitación: estos servicios incluyen el cuidado de rehabilitación para pacientes

Capítulo 12 Definiciones

internados, la fisioterapia (para pacientes ambulatorios), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el que Medicare negoció un precio máximo justo.

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). Debemos cancelar su membresía si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan.

El área de servicio de la Región de Georgia incluye el área descrita en la Sección 2.2 del Capítulo 1, y las ubicaciones de los proveedores de la red en los condados de Atlanta Core Metro Atlanta en Georgia. Para asuntos relacionados con las primas, los costos compartidos, la inscripción y la cancelación de la inscripción, existen múltiples planes Senior Advantage en el área de servicio de nuestra Región. 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: Servicios, suministros o artículos 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. Algunos ejemplos de atención de urgencia:

Los ejemplos de servicios incluyen la fisioterapia e inyecciones intravenosas que solo pueden administrar una enfermera titulada o un médico.

Período de inscripción especial: Tiempo establecido en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos, o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las que podría ser elegible para un periodo de inscripción especial son, entre otras, si se muda fuera del área de servicio, si recibe Ayuda Adicional con los costos de los medicamentos recetados, si se muda a un centro de adultos mayores y personas con discapacidad o si violamos nuestro contrato con usted.

Plan para necesidades especiales: tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona atención médica más especializada para grupos específicos de personas, tales como las que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un centro de adultos mayores o que tienen determinadas condiciones médicas crónicas.

Medicamentos de nivel especializado: medicamentos de costo muy alto que cuentan con la aprobación de la FDA y se incluyen en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): Beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas con recursos e ingresos limitados que están discapacitadas, ciegas o que tienen más de 65 años. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Capítulo 12 Definiciones

Servicios necesarios con urgencia: 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 es razonable debido a su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia que son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. 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.



Servicio a los Miembros del Plan Kaiser Permanente Senior Advantage Standard

Método	Servicio a los Miembros: información de contacto
Llamadas	1-800-232-4404 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, cuyo número es 1-800-232-4404 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), también ofrece servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
Correo postal	Servicios para miembros de Kaiser Permanente Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road, NE Atlanta, GA 30305-1736
Sitio web:	kp.org/espanol

Programa de Asistencia sobre 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 Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA): De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, no se le puede exigir a ninguna persona que responda a una solicitud de información a menos que esta tenga un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) válido. El número de control de la OMB válido para esta solicitud de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atención: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.