

Notificación Anual de Cambios para 2019

Usted está actualmente inscrito como miembro de Kaiser Permanente Senior Advantage de Medicare Medicaid. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios de nuestro plan. En este folleto, se le explican los cambios.

Qué debe hacer ahora

1. CONSULTE: ¿Qué cambios aplican para usted?

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para cerciorarse de que va a satisfacer sus necesidades el próximo año.
 - ¿Afectan los cambios a los servicios que utiliza?
 - Consulte la Sección 1 si desea información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

- Verifique los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.
 - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel distinto y tienen un costo compartido distinto?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, tal como la necesidad de que lo aprobemos antes de surtir su receta médica?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de Medicamentos de 2019 y consulte en la Sección 1.6 la información sobre cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto podría ahorrarle gastos de su propio bolsillo a lo largo del año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos tableros resaltan los fabricantes que han aumentado sus precios y también muestran más información sobre los precios de los medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán con precisión cuánto podrían cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores seguirán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos están en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales y los demás proveedores que utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 si desea información sobre nuestro **Directorio de Proveedores**.

- Piense en sus costos generales de atención médica.
 - ¿A cuánto equivaldrán los gastos de su propio bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que usa regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y sus deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está contento con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga más información sobre otras opciones de planes.

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web, <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos).
 - Revise a lista en la contraportada de su manual **Medicare y Usted** (Medicare & You).
 - Consulte la Sección 2.2 si desea información adicional sobre sus opciones.
- Una vez que delimite su selección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si quiere o no cambiar su plan.

- Si desea mantener nuestro plan, no necesita hacer nada. Permanecerá en nuestro plan.
- Si desea cambiarse a otro plan que satisfaga mejor sus necesidades, puede hacerlo entre hoy y el 31 de diciembre. Consulte la Sección 2.2 en la página 12 si desea información adicional sobre sus opciones.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscribese en un plan entre hoy y el 31 de diciembre de 2018.

- Si no se inscribe en otro plan a más tardar el 31 de diciembre de 2018, seguirá inscrito en nuestro plan.
- Si se inscribe en otro plan a más tardar el 31 de diciembre de 2018, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.
- A partir de 2019, habrá límites nuevos en cuanto a la frecuencia de cambio de planes. Para obtener más información, consulte la Sección 3, página 13, Capítulo 10 y la Sección 2.2, de la **Evidencia de Cobertura**.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo en español. Si desea información adicional, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-476-2167**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.) El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. *This document is available for free in Spanish. Please contact our Member Services number at 1-800-476-2167 for additional information. (TTY users should call 711.) Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.*

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

- Este documento está disponible en Braille, en letra grande y en cintas de audio si lo necesita llamando a Servicio a los Miembros.
- La cobertura en virtud de este plan califica como cobertura de salud calificada (QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Cuidado de Salud Asequible y Protección del Paciente (ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

Acerca de Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid

- Kaiser Permanente es un plan de necesidades especiales de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO SNP) que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid del estado. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este folleto se utilizan los términos “nosotros”, “nos”, “nuestro(a)” o “nuestros(as)”, se está aludiendo a Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (el plan de salud). Cuando se usan las palabras “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid (Senior Advantage Medicare Medicaid).

Resumen de costos importantes para 2019

En la tabla a continuación se comparan los costos de nuestro plan en varias áreas importantes para 2018 y 2019. Tenga en cuenta que este solo es un resumen de los cambios. Es importante que lea esta **Notificación Anual de Cambios** y que revise la **Evidencia de Cobertura** adjunta para ver si le afectan otros cambios en los beneficios o costos.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima podría ser mayor o menor que este monto. Consulte los detalles en la Sección 1.1.	\$28.00 si no califica para recibir “Ayuda adicional”.	\$32.00 si no califica para recibir “Ayuda adicional”.
Visitas al consultorio del médico	Consultas de atención médica primaria: \$0 o \$2 por consulta. Consultas al especialista: \$0 o \$2 por consulta. Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.	Consultas de atención médica primaria: \$0 o \$2 por consulta. Consultas al especialista: \$0 o \$2 por consulta. Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones de pacientes internos</p> <p>Incluye atención de problemas médicos agudos de pacientes hospitalizados, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en que es admitido formalmente en un hospital a petición de un médico. El día antes de que se le dé de alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p>\$0 o \$190 por día, desde el día 1 hasta el día 5. Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.</p>	<p>\$0 o \$145 por día, desde el día 1 hasta el día 5. Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte los detalles en la Sección 1.6).</p>	<p>Deducible: \$0 o \$405. Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: 25 %</p>	<p>Deducible: \$0 o \$415. Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: 25 %</p>
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para conocer los detalles).</p>	<p>\$3,400 Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido a través de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para satisfacer el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$3,400 Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido a través de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para satisfacer el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

Notificación Anual de Cambios para 2019

Índice

Resumen de costos importantes para 2019	3
Sección 1. Cambios en los beneficios y costos de Medicare para el próximo año.....	6
Sección 1.1. Cambios en la prima mensual	6
Sección 1.2. Cambios en el monto máximo de sus gastos de bolsillo	6
Sección 1.3. Cambios en la red de proveedores.....	7
Sección 1.4. Cambios en la red de farmacias.....	8
Sección 1.5. Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos	8
Sección 1.6. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	10
Sección 2. Cómo decidir qué plan elegir	13
Sección 2.1. Si desea seguir en nuestro plan	13
Sección 2.2. Si decide cambiar de plan.....	13
Sección 3. Cómo cambiar de planes	14
Sección 4. Programas que ofrecen asesoramiento sin cargo sobre Medicare y Medicaid	14
Sección 5. Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....	15
Sección 6. ¿Tiene alguna pregunta?	15
Sección 6.1. Cómo obtener ayuda de nuestro plan	15
Sección 6.2. Cómo obtener ayuda de Medicare.....	16
Sección 6.3. Cómo obtener ayuda de Medicaid.....	16

Sección 1. Cambios en los beneficios y costos de Medicare para el próximo año

Sección 1.1. Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Prima mensual</p> <p>(Además, debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B, a menos que Medicaid la pague por usted).</p> <p>Si califica para recibir “Ayuda Adicional”, su prima mensual variará dependiendo de su nivel de Ayuda Adicional. Para obtener información sobre las primas, consulte la sección “Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Ayuda Adicional para sus medicamentos recetados” (conocida también como “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” [LIS] o “Cláusula LIS”).</p>	<p>\$28.00 si no califica para recibir “Ayuda adicional”.</p>	<p>\$32.00 si no califica para recibir “Ayuda adicional”.</p>

Sección 1.2. Cambios en el monto máximo de sus gastos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare requiere que todos los planes de salud limiten el monto de “gastos de bolsillo” que usted paga durante el año. Este límite se llama “monto máximo de gastos de bolsillo”. Cuando alcance este monto, por lo general, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (y otros servicios de atención médica que no cubre Medicare según se describe en el Capítulo 4 de la **Evidencia de Cobertura**) el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos miembros llegan a alcanzar estos gastos máximos de bolsillo. Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido a través de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para satisfacer el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como los copagos) cuentan para el monto máximo de gasto de bolsillo. Su prima y sus costos por medicamentos recetados de su plan no cuentan para el monto máximo de gasto de bolsillo.</p>	<p>\$3,400</p>	<p style="text-align: center;">\$3,400</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,400 de su propio bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (y algunos servicios de atención médica que no cubre Medicare), no pagará nada por estos servicios cubiertos durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3. Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Puede encontrar el **Directorio de Proveedores** actualizado en nuestro sitio web en kp.org/directory. También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un **Directorio de Proveedores**. Revise el **Directorio de Proveedores** de 2019 para ver si sus proveedores (proveedor de atención médica primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.

Es importante que sepa que es posible que en el transcurso del año hagamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan. Existen diversos motivos por los cuales su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

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

- Si recibe tratamiento médico, tiene derecho a presentar una solicitud y nosotros trabajaremos con usted para asegurar que no se interrumpa el tratamiento necesario desde el punto de vista médico que está recibiendo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor previo o que no se ha administrado apropiadamente su atención, tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista va a dejar su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un proveedor nuevo y a administrar su atención médica.

Sección 1.4. Cambios en la red de farmacias

Es posible que los montos que paga por sus medicamentos recetados dependan de la farmacia que usted use. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, solo se cubren sus recetas médicas si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

El próximo año, habrá cambios en nuestra red de farmacias. Puede encontrar un **Directorio de Farmacias** actualizado en nuestro sitio web kp.org/directory. También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un **Directorio de Farmacias**. Revise el **Directorio de Farmacias** de 2019 para ver qué farmacias forman parte de nuestra red.

Sección 1.5. Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos

Tenga en cuenta que la Notificación Anual de Cambios solo le informa sobre los cambios en los beneficios y costos de Medicare.

Estamos cambiando nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el próximo año. Estos cambios se describen en la siguiente información. Si desea ver detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, “Tabla de Beneficios (los que está cubierto y lo que usted paga)” en su folleto **Evidencia de Cobertura** para 2019.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Consultas al Departamento de Emergencias</p> <p>Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.</p>	Usted paga \$0 u \$80 por consulta.	Usted paga \$0 o \$90 por consulta.
<p>Programas de educación para la salud y el bienestar</p> <p>Las clases para una Vida Sana se enfocan en condiciones de salud, como la presión arterial alta, el colesterol, la</p>	Sin cobertura	Sin cargo

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
diabetes, el asma y los regímenes alimenticios especiales. Las clases están diseñadas para enriquecer la salud y el estilo de vida de los miembros e incluyen: manejo de peso, acondicionamiento físico y control del estrés.		
<p>Atención para pacientes hospitalizados</p> <p>Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.</p>	Por hospitalización, usted paga \$0 o \$190 por día, desde el día 1 al día 5 de una hospitalización.	Por hospitalización, usted paga \$0 o \$145 por día, desde el día 1 al día 5 de una hospitalización.
<p>Medicamentos genéricos de Medicare Parte B</p> <p>Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por medicamento recetado.</p>	Usted paga \$0 o \$1 para medicamentos genéricos y \$0 o \$3 para medicamentos de marca para un suministro de hasta 30 días en una farmacia de la red.	Usted paga \$0 o \$3 por un suministro de hasta 30 días en una farmacia de la red.
<p>Consultas de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p>	Usted paga \$0 o \$2 por consulta.	Sin cargo
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios</p> <p>Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por cirugía.</p>	Usted paga \$0 o \$170 por cirugía ambulatoria.	Usted paga \$0 o \$145 por cirugía ambulatoria.
<p>Atención en un centro de enfermería especializada</p> <p>Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por día.</p>	Por periodo de beneficios, usted paga \$0 o \$100 por día durante los días del 21 al 100.	Por periodo de beneficios, usted paga \$0 o \$100 por día durante los días del 21 al 54. Sin cargo durante los días del 55 al 100.

Sección 1.6. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Lista de medicamentos recetados disponibles o Lista de Medicamentos. Puede consultar electrónicamente una copia de nuestra Lista de Medicamentos en kp.org/espanol.

Efectuamos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestras coberturas de ciertos medicamentos. Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y averiguar si habrá restricciones.

Si se ve afectado por uno de los cambios en la cobertura de medicamentos, puede:

- Colaborar con su médico (u otra persona que expida la receta) y pedirle al plan que haga una excepción para cubrir el medicamento.
 - ◆ Si desea información sobre lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su **Evidencia de Cobertura**, “Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)” o llame a Servicio a los Miembros.
- Colaborar con su médico (o la persona que expida la receta) para encontrar un medicamento diferente que cubramos. Puede llamar a Servicio a los Miembros y solicitar una lista de los medicamentos con cobertura que se usan como tratamiento para la misma afección médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento que no esté en la lista de medicamentos recetados disponibles en los primeros 90 días de membresía para evitar una interrupción del tratamiento. Para 2019, los miembros en los centros médicos de cuidados a largo plazo (LTC) recibirán un suministro temporal con la misma cantidad que el suministro de los días temporales que se proporciona en todos los demás casos: 31 días de medicamento en lugar de la cantidad proporcionada en 2018 (90 días de medicamento). (Para obtener más información sobre cuándo puede recibir un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la Sección 5.2 en el Capítulo 5 de la **Evidencia de Cobertura**). Durante el tiempo que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debería hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Puede cambiar a otro medicamento cubierto del plan o pedirle al plan que haga una excepción en su caso y que cubra su medicamento actual.

Debido a que nuestra lista de medicamentos recetados disponibles cubre todos los medicamentos que pueden tener cobertura con uno de los planes de medicamentos recetados de Medicare Parte D, no es probable que hagamos una excepción en la lista de medicamentos recetados disponibles en su caso para 2018 para cubrir un medicamento que no esté en nuestra Lista de Medicamentos. Sin embargo, en el caso poco común de que sí hayamos hecho una excepción de la lista de medicamentos recetados disponibles en 2018, la excepción podría continuar en 2019 siempre que su proveedor de la red siga recetándole el medicamento.

La mayoría de los cambios en nuestra Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

A partir de 2019, es probable que quitemos de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico del mismo o de un menor nivel de costo compartido y con las mismas o con menores restricciones. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podríamos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero de inmediato, lo moveríamos a un nivel de costo compartido distinto o añadiríamos nuevas restricciones. Esto significa que si está tomando el medicamento de marca que es reemplazado por un nuevo genérico (o si el nivel o la restricción del medicamento de marca cambia), ya no recibirá siempre la notificación del cambio 60 días antes de que lo hagamos ni recibirá resurtido de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que hicimos, pero podría recibirla después de que hagamos el cambio.

Además, a partir de 2019, antes de que hagamos otros cambios durante el año a nuestra Lista de Medicamentos que exigen que le enviemos un aviso anticipado si está tomando un medicamento, le proporcionaremos la notificación 30, en lugar de 60, días antes de que hagamos el cambio. O le daremos un resurtido de 30 días, en lugar de 60 días, de su medicamento de marca en una farmacia de la red.

Cuando hagamos estos cambios durante el año a nuestra Lista de Medicamentos, usted puede continuar trabajando con su médico (u otra persona que receta) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. Asimismo, continuaremos actualizando nuestra Lista de Medicamentos en línea según lo previsto y proporcionando más información necesaria para reflejar los cambios de los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podríamos realizar a nuestra Lista de Medicamentos, consulte la Sección 6 en el Capítulo 5 de la **Evidencia de Cobertura**).

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si participa en un programa que ofrece ayuda para pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), la información de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted. Le enviamos un documento por separado, llamado “**Cláusula de la Evidencia de Cobertura para Quienes Reciben Ayuda Adicional para sus Medicamentos Recetados**” (también conocida como “Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos” o “Cláusula LIS”), que incluye información sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido esta cláusula a más tardar el 30 de septiembre de 2018, llame a Servicio a los Miembros y solicite la “Cláusula LIS”. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros se encuentran en la sección 6.1 de este folleto.

Hay cuatro “etapas de pagos de medicamentos”. El monto que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que usted está. (Consulte la Sección 2 en el Capítulo 6 de su **Evidencia de Cobertura** para obtener más información sobre las etapas).

En la información a continuación, se muestran los cambios para el próximo año de las dos primeras etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa de Intervalo en la Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica. Si desea información acerca de sus costos en estas etapas, consulte su **Resumen de Beneficios** (Summary of Benefits) o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la **Evidencia de Cobertura**).

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El monto de su deducible es \$0 u \$83, dependiendo del nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.</p>	<p>El monto de su deducible es \$0 u \$85, dependiendo del nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.</p>

Cambios en su costo compartido en la Etapa de Cobertura Inicial

Para averiguar cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, “Tipos de costos de su propio bolsillo que puede tener que pagar por medicamentos cubiertos”, en su **Evidencia de Cobertura**.

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Una vez que pague su deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. En esta etapa, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le corresponda y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando usted surta su receta médica en una farmacia de la red que cuenta con costos compartidos estándar. Si desea información sobre los costos de un suministro a largo plazo o sobre el envío por correo de medicamentos recetados, consulte la Sección 5 en el Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red que cuenta con costos compartidos estándar, si no reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 25 % del costo total. <p>En cuanto sus costos totales por medicamentos equivalgan a \$3,750, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Intervalo en la Cobertura).</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red que cuenta con costos compartidos estándar, si no reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 25 % del costo total. <p>En cuanto sus costos totales por medicamentos equivalgan a \$3,820, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Intervalo en la Cobertura).</p>

Cambios en la Etapa de Intervalo en la Cobertura y de la Etapa Cobertura Catastrófica

La Etapa de Intervalo en la Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica son dos etapas de cobertura de medicamentos para las personas con costos de medicamentos elevados. La mayoría de los miembros no alcanzan ninguna de estas etapas. Si desea obtener información acerca de sus costos en estas etapas, consulte su **Resumen de Beneficios** o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su **Evidencia de Cobertura**.

Sección 2. Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1. Si desea seguir en nuestro plan

No necesita hacer nada si desea quedarse en nuestro plan. Si no se inscribe en un plan diferente o si se cambia al plan Original Medicare, usted seguirá automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan para 2019.

Sección 2.2. Si decide cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si desea cambiar en 2019, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese más y compare sus opciones

- Puede afiliarse a otro plan de salud de Medicare.
- O puede cambiarse al plan Original Medicare. Si se cambia al plan Original Medicare, necesitará decidir si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare.

Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Si se cambia al plan Original Medicare, necesitará decidir si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare.

Si desea más información sobre el plan Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual **Medicare y Usted** 2019, contacte al personal del Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud de su área (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área utilizando el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite el sitio <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos). Ahí encontrará información sobre los costos, la cobertura y las clasificaciones del nivel de calidad de los planes de Medicare.

Como recordatorio, Kaiser Permanente ofrece otros planes de salud de Medicare. Dichos planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Si desea cambiarse a otro plan de salud de Medicare, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan.
- Si desea cambiar al plan Original Medicare con un plan de medicamentos recetados, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan.

- Si desea cambiar al plan Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados, puede:
 - ♦ Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su afiliación. Comunicarse con Servicio a los Miembros si necesita información adicional sobre cómo hacerlo (encontrará los números de teléfono en la Sección 6.1 de este folleto).
 - ♦ O comunicarse con **Medicare** al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su afiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que se haya excluido de la inscripción automática.

Sección 3. Cómo cambiar de planes

Si desea cambiarse a otro plan o al plan Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde hoy hasta el 31 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2019.

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, se permiten cambios en otros periodos del año. Por ejemplo, se permite hacer cambios en otros periodos a las personas que tienen Medicaid, las que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen o están abandonando la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio. A partir de 2019, habrá límites nuevos en cuanto a la frecuencia de cambio de planes. Si desea información adicional, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la **Evidencia de Cobertura**.

Nota: Con vigencia a partir del 1.º de enero de 2019, si usted es parte de un programa de administración de medicamentos, no podrá cambiar de plan.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2019, y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar al plan Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2019. Si desea información adicional, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la **Evidencia de Cobertura**.

Sección 4. Programas que ofrecen asesoramiento sin cargo sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Colorado, el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud de Colorado.

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud de Colorado es un programa independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que obtiene financiamiento del gobierno federal y que ofrece asesoramiento sin cargo sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud de Colorado pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y contestar sus preguntas sobre el cambio de planes. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud de Colorado al **1-888-696-7213**. Puede obtener más información

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

sobre el Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud de Colorado visitando su sitio web (<https://www.colorado.gov/pacific/dora/senior-healthcare-medicare>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, comuníquese con Health First Colorado (el programa de Medicaid de Colorado) llamando al **1-800-221-3943**, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:15 p. m., excepto los viernes de 10 a. m. a 11 a. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la manera en que recibe su cobertura de Medicaid.

Sección 5. Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted podría reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, mencionamos diversos tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda Adicional”, también llamado el Subsidio por Bajos Ingresos. La Ayuda Adicional paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Puesto que reúne los requisitos, no tendrá un periodo de intervalo en la cobertura ni penalización por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre esta “Ayuda Adicional”, llame a:
 - ♦ **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - ♦ la oficina del Seguro Social al **1-800-772-1213** de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778** (solicitudes); o
 - ♦ su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia del programa estatal de ayuda para gastos de farmacia.** Colorado cuenta con un programa llamado Bridging the Gap Colorado que ayuda a la gente a pagar los medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para informarse más sobre el programa, consulte a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 4 de este folleto).
- **Asistencia en el costo compartido de las recetas médicas para las personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos Contra el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que las personas con VIH/SIDA que califican para el ADAP tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Estas personas deben reunir ciertos requisitos, incluida una prueba de residencia en el estado y su condición de VIH, bajos ingresos conforme a la definición del estado y sin seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también cubre el ADAP califican para ayuda en el costo compartido de las recetas médicas por medio de **Bridging the Gap Colorado**. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a **Bridging the Gap Colorado** al **303-692-2716**.

Sección 6. ¿Tiene alguna pregunta?

Sección 6.1. Cómo obtener ayuda de nuestro plan

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-476-2167**. (Solo para los usuarios de TTY, llame al **711**). Estamos disponibles para recibir

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

llamadas telefónicas de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números no tienen costo.

Lea su Evidencia de Cobertura de 2019 (contiene los detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Esta **Notificación Anual de Cambios** le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos en 2019. Si desea obtener los detalles, consulte la **Evidencia de Cobertura 2019** de nuestro plan. La **Evidencia de Cobertura** es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que necesita seguir cuando use su cobertura para recibir servicios cubiertos y obtener medicamentos recetados. Se incluye un ejemplar de la **Evidencia de Cobertura** en este folleto.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web **kp.org/espanol**. Como recordatorio, nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (**Directorio de Proveedores**) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Lista de Medicamentos Recetados Disponibles/Lista de Medicamentos).

Sección 6.2. Cómo obtener ayuda de Medicare

Si desea obtener información directamente de Medicare:

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**
 - ♦ Puede llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- **Visite el sitio web de Medicare**
 - ♦ También puede visitar el sitio web de Medicare (**<https://www.medicare.gov>**). Contiene información sobre el costo, la cobertura y las clasificaciones del nivel de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite el sitio en inglés, **<https://www.medicare.gov>**, y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y de medicamentos]).
- **Lea el manual Medicare y Usted 2019**
 - ♦ Puede leer el manual **Medicare y Usted 2019**. Este folleto se envía por correo anualmente en otoño a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare y responde a las preguntas más comunes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtener una en el sitio web de Medicare (**<https://www.medicare.gov>**) o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 6.3. Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a Health First Colorado (el programa de Medicaid de Colorado) sin cargo al **1-800-221-3943**, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:15 p. m., excepto los viernes de 10 a. m. a 11 a. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

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

Evidencia de Cobertura

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

Este folleto incluye información detallada sobre su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2019. Aquí se explica cómo obtener la cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que necesita. Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Este plan, Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid, es ofrecido por Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (Health Plan). Cuando en esta **Evidencia de Cobertura** se usan las palabras “nosotros”, “a nosotros”, “para nosotros” o “nuestro(a)”, se hace referencia al Plan de Salud. Cuando se usan las palabras “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid (Senior Advantage Medicare Medicaid).

Kaiser Permanente es un plan HMO SNP con contrato de Medicare y un contrato con el programa estatal Medicaid. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.

This document is available for free in Spanish. Please contact our Member Services number at **1-800-476-2167** for additional information. (TTY users should call **711**.) Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.

*Este documento está disponible de forma gratuita en español. Si desea información adicional, por favor llame al número de nuestro Servicio a los Miembros al **1-800-476-2167**. (Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., siete días a la semana.*

Si lo necesita, este documento está disponible en Braille, letra grande y CD; llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos y el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2020.

La lista de medicamentos recetados disponibles, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento.

Recibirá una notificación cuando sea necesario.



Evidencia de Cobertura de 2019

Índice

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Para obtener más ayuda sobre cómo encontrar la información que necesita, consulte la primera página de cada capítulo. Encontrará una lista detallada de los temas al principio del capítulo.

CAPÍTULO 1. Introducción para miembros..... 1

La lista explica qué significa ser parte de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima del plan, la tarjeta de membresía del plan y cómo mantener actualizado el registro de su membresía.

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes 16

Indica cómo comunicarse con el plan (Senior Advantage Medicare Medicaid) y con otras organizaciones, entre ellas, Medicare, el Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (State Health Insurance Program, SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Health First Colorado (Medicaid) (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de Jubilación para Ferroviarios.

CAPÍTULO 3. Cómo usar la cobertura del plan para obtener servicios médicos..... 29

Explica cuestiones importantes que debe saber acerca de cómo obtener atención médica como miembro del plan. Los temas incluyen cómo usar los servicios de los proveedores de la red de nuestro plan y cómo recibir atención en casos de emergencia.

CAPÍTULO 4. Tabla de Beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)..... 45

Se brindan detalles sobre los tipos de atención médica que están cubiertos y los que *no* están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Se explica cuánto pagará como su parte del costo por la atención médica cubierta que reciba.

**CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos
recetados de la Parte D..... 90**

Se explican las reglas que debe seguir para obtener medicamentos de la Parte D. Se indica cómo usar la **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente 2019** para saber qué medicamentos están cubiertos. Se indica qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Se explican los diferentes tipos de restricciones que se aplican a su cobertura para ciertos medicamentos. Se explica dónde puede surtir sus recetas. Brinda información acerca de los programas de seguridad y administración de medicamentos que ofrece el plan.

CAPÍTULO 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D 112

Se explica cuáles son las cuatro etapas de la cobertura de medicamentos (Etapas de Deducible, Etapa de Cobertura Inicial, Etapa de Intervalo en la Cobertura y Etapa de Cobertura Catastrófica) y cómo estas afectan el monto que usted paga por sus medicamentos.

**CAPÍTULO 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una
factura que haya recibido por medicamentos o servicios
médicos cubiertos..... 127**

Se explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

CAPÍTULO 8. Sus derechos y responsabilidades 133

Se explican sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Se explica qué puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

**CAPÍTULO 9. Qué hacer en caso de tener un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)..... 144**

Se explica paso a paso qué debe hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar apelaciones si tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos recetados que usted cree que cubre nuestro plan. Esto incluye solicitarnos excepciones a las reglas o a las restricciones adicionales en su cobertura para medicamentos recetados y pedirnos que sigamos cubriendo la atención en el hospital y determinados tipos de servicios médicos si usted cree que su cobertura termina demasiado pronto.
- Se explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.

CAPÍTULO 10. Cancelación de la membresía en nuestro plan 200

Se explica en qué momento y de qué modo usted puede cancelar su membresía en nuestro plan. Se explican las situaciones en las que es necesario que nuestro plan cancele su membresía.

CAPÍTULO 11. Avisos legales 210

Se incluyen avisos sobre la ley en vigencia y la no discriminación.

CAPÍTULO 12. Definición de términos importantes 216

Se explican los términos clave usados en este folleto.

CAPÍTULO 1. Introducción para miembros

SECCIÓN 1. Introducción	2
Sección 1.1 Usted está inscrito en Senior Advantage Medicare Medicaid, un plan especializado de Medicare Advantage Plan (Plan para necesidades especiales) ...	2
Sección 1.2 ¿De qué se trata el folleto de la Evidencia de Cobertura?	3
Sección 1.3 Información legal acerca de la Evidencia de Cobertura	3
SECCIÓN 2. ¿Qué requisitos debe reunir para ser miembro del plan?.....	4
Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad.....	4
Sección 2.2 ¿En qué consisten Medicare Parte A y Medicare Parte B?	4
Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?.....	5
Sección 2.4 Área de servicio del plan Senior Advantage Medicare Medicaid	5
Sección 2.5 Ciudadano de los Estados Unidos o persona establecida legalmente.....	6
SECCIÓN 3. ¿Qué otros materiales le enviaremos?	6
Sección 3.1 Tarjeta de membresía del plan: Úsela para recibir toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos	6
Sección 3.2 Directorio de Proveedores: La guía que incluye todos los proveedores de nuestra red	7
Sección 3.3 Directorio de Farmacias: La guía que incluye las farmacias de nuestra red	7
Sección 3.4 Lista de medicamentos cubiertos de nuestro plan (lista de medicamentos recetados disponibles)	8
Sección 3.5 Explicación de Beneficios de la Parte D: Informes que incluyen un resumen de los pagos hechos por los medicamentos recetados de la Parte D	8
SECCIÓN 4. La prima mensual de nuestro plan	9
Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima del plan?	9
Sección 4.2 Puede pagar la prima del plan de diferentes maneras.....	11
Sección 4.3 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?.....	12
SECCIÓN 5. Mantenga actualizado el registro de su membresía del plan.....	13
Sección 5.1 Cómo contribuir a mantener su información correcta	13
SECCIÓN 6. Protegemos la privacidad de su información médica personal	14
Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida	14
SECCIÓN 7. Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	14
Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?.....	14

SECCIÓN 1. Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Senior Advantage Medicare Medicaid, un plan especializado de Medicare Advantage Plan (Plan para necesidades especiales)

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

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

Usted ha decidido obtener cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid.

Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Senior Advantage Medicare Medicaid es un plan especializado de Medicare Advantage (un “Plan para necesidades especiales” de Medicare), lo cual significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Senior Advantage Medicare Medicaid está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

La cobertura de este Plan califica como cobertura de salud calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Cuidado de Salud Asequible y Protección del Paciente (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

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

Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid es gestionado por una organización sin fines de lucro. Como todos los planes de Medicare Advantage, este Plan para necesidades especiales tiene la aprobación de Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa de Health First Colorado (Medicaid) para coordinar los beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle la cobertura de salud de Medicare, incluida la cobertura de medicamentos recetados.

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

En este folleto de la **Evidencia de Cobertura**, se le informa cómo recibir la atención médica y los medicamentos recetados de Medicare cubiertos a través de nuestro plan. También se explica cuáles son sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro de nuestro plan.

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

Es importante que conozca las reglas de nuestro plan y los servicios que están disponibles para usted. Le recomendamos que lea este folleto de la **Evidencia de Cobertura**.

Si está confundido, tiene inquietudes o desea simplemente hacer una pregunta, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 Información legal acerca de la Evidencia de Cobertura

Forma parte de nuestro contrato con usted

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, la **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente 2019** y cualquier aviso que reciba de nosotros con respecto a cambios en su cobertura o en las condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos se llaman en ocasiones “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tendrá vigencia durante los meses en los que usted esté inscrito en el plan Senior Advantage Medicare Medicaid entre el 1.º de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2019.

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 2019. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2019.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

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 siempre que nosotros sigamos ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2. ¿Qué requisitos debe reunir para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted reúne los requisitos de membresía en nuestro plan si:

- tiene tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B (la Sección 2.2 le informa sobre Medicare Parte A y Medicare Parte B);
- y vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio);
- y es ciudadano de los Estados Unidos o tiene presencia legal en los Estados Unidos;
- y no tiene una insuficiencia renal crónica en fase terminal (IRCT), con excepciones limitadas; por ejemplo, si la IRCT se detectó cuando usted ya era miembro de uno de nuestros planes o de un plan distinto que fue cancelado;
- y cumple con los requisitos de elegibilidad especiales descritos a continuación.

Requisitos de elegibilidad especiales para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de aquellas personas que reciben ciertos beneficios por parte de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los gastos médicos). Para reunir los requisitos para nuestro plan, usted deberá reunir los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde la elegibilidad, pero es razonable suponer que la recuperará en un plazo de cuatro meses, entonces aún reúne los requisitos para la membresía en nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 incluye información sobre la cobertura y el costo compartido durante un período que se considera de elegibilidad continua).

Sección 2.2 ¿En qué consisten Medicare Parte A y Medicare Parte B?

Cuando se inscribió en Medicare por primera vez, recibió información acerca de los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y Medicare Parte B. Recuerde:

- En general, Medicare Parte A ayuda a cubrir los servicios que proporcionan los hospitales (para servicios para pacientes hospitalizados), centros de enfermería especializada o agencias de atención de salud a domicilio
- Medicare Parte B es para la mayor parte del resto de servicios médicos (como servicios del médico y otros servicios ambulatorios) y determinados artículos (como suministros y equipo médico duradero [DME]).

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

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

Además, a través de Medicaid, se ofrecen programas que ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar los costos de Medicare, tales como las primas. Estos “Programas de Ahorro de Medicare” ayudan a la gente con recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, así como otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas que tienen QMB también reúnen los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario Específico de Medicare de Bajos Ingresos (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas que tienen SLMB también reúnen los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas con Discapacidades que Trabajan y Están Calificadas (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Sección 2.4 Área de servicio del plan Senior Advantage Medicare Medicaid

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

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Colorado: **Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, Elbert, Gilpin, Jefferson y Park.**

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Cuando se mude, tendrá un periodo de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

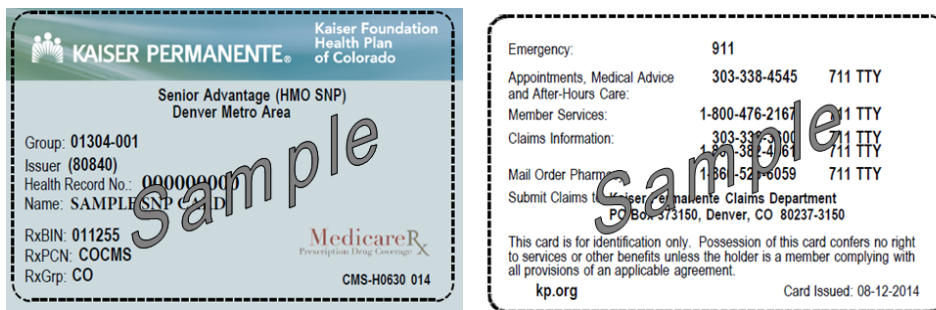
Sección 2.5 Ciudadano de los Estados Unidos o persona establecida legalmente

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

SECCIÓN 3. ¿Qué otros materiales le enviaremos?

Sección 3.1 Tarjeta de membresía del plan: Úsela para recibir toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar la tarjeta de membresía de nuestro plan cada vez que obtenga algún servicio cubierto por nuestro plan y para los medicamentos recetados que adquiera en las farmacias de la red. **También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid si corresponde.** La siguiente es una tarjeta de membresía de muestra. Así se verá la suya:



Mientras sea miembro de nuestro plan, en la mayoría de los casos, **no debe usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener servicios médicos cubiertos (a menos que se trate de estudios de investigación clínica de rutina y servicios de cuidados paliativos). Es posible que le pidan mostrar su nueva tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios. Conserve su nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de que la necesite después.

Esto es muy importante porque si recibe servicios cubiertos con su tarjeta azul, blanca y roja de Medicare nueva en vez de con su tarjeta de membresía de Senior Advantage durante el tiempo que sea miembro del plan, es posible que usted deba pagar el costo total.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicio a los Miembros y le enviaremos una nueva. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros figuran en la contraportada de este folleto.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores: La guía que incluye todos los proveedores de nuestra red

En el **Directorio de proveedores**, se enumeran los proveedores que pertenecen a nuestra red y los proveedores de equipos médicos duraderos. Todos los proveedores de la red aceptan Medicare y Medicaid. En caso de que necesite un servicio no cubierto por nuestro plan que esté cubierto por Medicaid, podríamos remitirlo a un organismo estatal de Medicaid para ubicar a un proveedor fuera de la red que pueda proporcionarle atención no cubierta por Medicaid.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago completo. Tenemos un acuerdo con estos proveedores para que proporcionen servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en kp.org/directory.

¿Por qué es necesario saber qué proveedores pertenecen a nuestra red?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, con limitadas excepciones, mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de nuestra red para obtener atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son emergencias, servicios requeridos con urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que nuestro plan autoriza el uso de proveedores que no pertenecen a la red. Consulte el Capítulo 3, “Cómo usar la cobertura del plan para obtener servicios médicos”, para obtener información más específica acerca de la cobertura de emergencia, la cobertura que no pertenece a la red y la cobertura fuera del área.

Si no tiene el **Directorio de Proveedores**, puede solicitar una copia a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Para obtener más información sobre los proveedores de nuestra red, incluidos sus títulos y especialidades, puede comunicarse con Servicio a los Miembros. Puede ver o descargar el **Directorio de Proveedores** en kp.org/directory. Tanto Servicio a los Miembros como nuestro sitio web pueden darle información actualizada sobre nuestros proveedores de la red.

Sección 3.3 Directorio de Farmacias: La guía que incluye las farmacias de nuestra red

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado surtir los medicamentos recetados cubiertos a los miembros de nuestro plan.

¿Por qué necesita saber sobre las farmacias de la red?

Puede usar el **Directorio de Farmacias** para encontrar la farmacia de la red que desee usar. Habrá cambios en la red de farmacias para el próximo año. Un **Directorio de Farmacias** actualizado se encuentra en nuestro sitio web en kp.org/directory. También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un **Directorio de Farmacias**. Consulte el **Directorio de Farmacias 2019** para ver qué farmacias forman parte de nuestra red.

Si no tiene el **Directorio de Farmacias**, puede solicitar una copia a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede llamar en cualquier momento a Servicio a los Miembros para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. Esta información también aparece en nuestro sitio web en kp.org/directory.

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

Nuestro plan cuenta con una **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente 2019**. La llamamos “Lista de Medicamentos” para abreviar. En ella, se informa qué medicamentos recetados de la Parte D tienen cobertura en virtud del beneficio de la Parte D que se incluye en nuestro plan.

Además de los medicamentos cubiertos de la Parte D, se brinda cobertura para algunos medicamentos recetados conforme a sus beneficios de Medicaid. La Lista de Medicamentos le indica cómo saber qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

El plan selecciona los medicamentos que aparecen en esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con ciertos requisitos de Medicare. Medicare aprobó nuestra Lista de Medicamentos.

La Lista de Medicamentos también le indica si existe alguna regla que restrinja la cobertura de sus medicamentos. Le proporcionaremos una copia de nuestra Lista de Medicamentos.

Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos tienen cobertura, puede visitar nuestro sitio web (kp.org/seniormedrx) o llamar a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 3.5 Explicación de Beneficios de la Parte D: Informes que incluyen un resumen de los pagos hechos por los medicamentos recetados de la Parte D

Cuando use sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a entender y llevar un registro de los pagos de sus medicamentos recetados de la Parte D. A este informe se lo llama **Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D** (o “**EOB de la Parte D**”).

La **EOB de la Parte D** le informa el monto total que usted, u otros en su nombre, han gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada uno de

ellos durante el mes. El Capítulo 6 (“Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D”) le brinda más información sobre la **EOB de la Parte D** y cómo puede ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También se encuentra disponible un resumen de la **EOB de la Parte D** si lo solicita. Para obtener una copia, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

También puede elegir consultar su **EOB de la Parte D** en línea, en lugar de obtenerlo por correo. Visite kp.org/goinggreen e ingrese para obtener más información sobre cómo ver su **EOB de la Parte D** de forma segura en línea.

SECCIÓN 4. La prima mensual de nuestro plan

Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima del plan?

Como miembro de nuestro plan, si ya no califica para la “Ayuda Adicional”, usted paga una prima mensual. Para 2019, la prima mensual de nuestro plan es de **\$32.00**.

Si califica para recibir “Ayuda Adicional”, la prima mensual variará dependiendo de su nivel de Ayuda Adicional. Para obtener información sobre las primas, consulte la sección “**Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Ayuda Adicional para sus Medicamentos Recetados**” (conocida también como “Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos” [LIS] o “Cláusula LIS”).

Además, debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid o algún otro tercero por usted).

En algunos casos, la prima del plan podría ser mayor

En algunos casos, la prima del plan puede ser mayor que el monto indicado al principio de esta sección. Esta situación se describe a continuación:

- Algunos miembros deben pagar una **penalización por inscripción tardía** en la Parte D porque no se inscribieron en ninguno de los planes para medicamentos de Medicare en el momento en que reunieron los requisitos por primera vez para hacerlo o porque tuvieron un periodo continuo de 63 días o más sin cobertura “acreditada” de medicamentos recetados. (Cobertura “acreditada” se refiere a una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Para estos miembros, la penalización por inscripción tardía en la Parte D se agrega a nuestra prima mensual del plan. El monto de la prima será la prima mensual del plan más la cantidad de la penalización por inscripción tardía en la Parte D.
 - ♦ Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los medicamentos recetados, no se le aplicará ninguna penalización por inscripción tardía.

- ♦ Si alguna vez pierde el subsidio por bajos ingresos (“Ayuda Adicional”), estaría sujeto a la penalización por inscripción tardía mensual en la Parte D si alguna vez dejó de tener cobertura acreditada para medicamentos recetados durante 63 días o más.
- ♦ Si debe pagar la penalización por inscripción tardía en la Parte D, el costo de esta depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin cobertura acreditada de medicamentos de venta con receta.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para reunir los requisitos del plan, usted debe mantener la elegibilidad para Medicaid, Medicare Parte A y Medicare Parte B. Medicaid paga la prima de la Parte A (si no reúnen los requisitos para obtenerla automáticamente) y la prima de la Parte B a la mayoría de los miembros de Senior Advantage Medicare Medicaid. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro de nuestro plan.

Algunas personas pagan un monto adicional por la Parte D debido a su ingreso anual. Esto se conoce como Montos de Ajuste Mensual con base en los Ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amounts, IRMAA). Si su ingreso es de \$85,000 o más para una persona (o para personas casadas que se presenten independientemente) o de \$170,000 o más para matrimonios, usted debe pagar un monto adicional directamente al gobierno (no al plan de Medicare) por la cobertura de Medicare Parte D.

- Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta que le informará a cuánto equivaldrá ese monto adicional. Si ha tenido un evento que cambia la vida por el cual han disminuido sus ingresos, puede solicitar al Seguro Social que vuelva a considerar su decisión.
- Si debe pagar el monto adicional y no lo paga, se cancelará su afiliación a nuestro plan.
- También puede visitar el sitio web <https://es.medicare.gov> o llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. También puede llamar al Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.

En la copia de **Medicare y Usted (Medicare & You)** 2019, encontrará información sobre estas primas en la sección “Costos de Medicare 2019”. Cualquier persona que tenga el servicio de Medicare recibe una copia de **Medicare y Usted** cada otoño. Las personas que son nuevas en Medicare lo reciben un mes después de inscribirse por primera vez. También puede descargar una copia de **Medicare y Usted** 2019 desde el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>) o puede solicitar una copia impresa por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 4.2 Puede pagar la prima del plan de diferentes maneras

Existen tres maneras de pagar la prima del plan si ya no califica para la “Ayuda Adicional”. Cuando se inscribe en nuestro plan, debe informarnos qué opción de pago desea de la siguiente forma:

- **Opción 1 (Pago con cheque):** Indique esto en su formulario de solicitud de inscripción. Pagará con cheque (Opción 1) a menos que nos indique que quiere que la prima se deduzca automáticamente de su banco (Opción 2) o del cheque de su Seguro Social (Opción 3).
- **Opción 2 (Pago automático de la prima del plan):** Complete y envíe a nuestro plan el formulario de selección de pago.
- **Opción 3 (Pago deducido del cheque de su Seguro Social):** Indique esto en su formulario de solicitud de inscripción.

Si decide cambiar la forma de pago de la prima, pueden pasar hasta tres meses para que se aplique su nueva forma de pago. Mientras nosotros procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted debe asegurarse de que la prima del plan se pague a tiempo.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Puede decidir pagar con cheque y mandarnos directamente el pago de la prima mensual. Le enviaremos una factura mensual antes del día 15 del mes anterior al mes de cobertura. Debemos recibir el cheque a nombre de “Kaiser Permanente” a más tardar el último día del mes anterior al mes de cobertura en la siguiente dirección:

Kaiser Permanente
Department 374
Denver, CO 80281-0374

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

Opción 2: Puede inscribirse para el pago automático de la prima del plan

Si elige el pago automático de la prima del plan, esta se pagará automáticamente de su cuenta del banco (cuenta corriente o de ahorro) o tarjeta de crédito. La transacción aparecerá en su estado de cuenta bancario o de su tarjeta de crédito, el cual servirá como su registro permanente de pago.

- Los fondos se deducen de las cuentas corrientes o de ahorro el día 5 de cada mes de cobertura (por ejemplo, las primas de enero se deducen el 5 de enero).
- Los cargos a las tarjetas de crédito se procesan aproximadamente el día 15 de cada mes para la cobertura del mes siguiente (por ejemplo, las primas de enero se cobran el 15 de diciembre).

Para elegir la Opción 2 o para cambiar la información de la cuenta o de la tarjeta de crédito, debe completar el formulario de selección de pago. Llame a Servicio a los Miembros para saber cómo comenzar o detener los pagos automáticos de la prima del plan, así como otros detalles sobre esta opción.

Opción 3: Puede pedir que la prima de nuestro plan se descuenta del cheque mensual de su Seguro Social

Puede pedir que la prima de nuestro plan se descuenta del cheque mensual de su Seguro Social. Comuníquese con Servicio a los Miembros para obtener más información sobre cómo pagar la prima mensual de esta manera. Será un placer poder ayudarlo a establecer esta forma de pago. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros figuran en la contraportada de este folleto.

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

Si ya no califica para la “Ayuda Adicional”, nuestra oficina debe recibir el pago de la prima del plan antes del último día del mes anterior al mes de cobertura. Si no recibimos el pago de la prima antes del último día del mes anterior al mes de la cobertura (o del día 5 del mes de la cobertura si el pago se deduce de su cuenta bancaria), le enviaremos un aviso para informarle que la membresía del plan se cancelará si no recibimos dicho pago en un plazo de 90 días. Si se le impone una penalización por inscripción tardía en la Parte D, debe pagarla para conservar su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar la prima del plan a tiempo, comuníquese con Servicio a los Miembros para ver si podemos remitirlo a alguno de los programas de ayuda para el pago de las primas del plan. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros figuran en el reverso de este folleto.

Si cancelamos su membresía debido a que no pagó la prima del plan, usted tendrá cobertura de salud por medio de Original Medicare.

Mientras reciba “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados, seguirá teniendo cobertura de medicamentos de la Parte D. Medicare lo inscribirá en un nuevo plan de medicamentos recetados para su cobertura de la Parte D.

Cuando cancelemos su membresía, usted todavía deberá pagar las primas que no haya pagado. Tenemos el derecho de cobrar las primas que deba.

Si considera que hemos cancelado su membresía por error, tiene derecho a presentar una queja para pedirnos que reconsideremos la decisión. En la Sección 11 del Capítulo 9 de este folleto, se incluye información sobre cómo presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia fuera de su control que le impidió pagar sus primas dentro de nuestro periodo de gracia, puede pedirnos que reconsideremos esta decisión llamando al **1-800-476-2167**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Debe presentar la solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha en que termine su membresía.

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

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

Sin embargo, en algunos casos, el porcentaje de la prima que le corresponde pagar a usted puede modificarse durante el año. Esto sucede si reúne los requisitos para participar en el programa “Ayuda Adicional” o si pierde su elegibilidad para participar en el programa “Ayuda Adicional”

durante el año. Si un miembro reúne los requisitos para participar en el programa “Ayuda Adicional” para el pago de sus medicamentos recetados, el programa “Ayuda Adicional” pagará parte de su prima mensual del plan. Un miembro que deja de reunir los requisitos para este beneficio durante el año, deberá empezar a pagar la totalidad de la prima mensual. Encontrará más información acerca del programa “Ayuda Adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 5. Mantenga actualizado el registro de su membresía del plan

Sección 5.1 Cómo contribuir a mantener su información correcta

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

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red necesitan tener la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan el registro de su membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son los montos de los costos compartidos para usted.** Por lo tanto, es muy importante que nos ayude a mantener esta información siempre actualizada.

Infórmenos de los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguros de salud que tenga (como de su empleador, del empleador de su cónyuge, del seguro por accidentes de trabajo o de Medicaid).
- Si tiene reclamos por responsabilidad, como reclamos por un accidente de auto.
- Si es admitido en un hogar para ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o que no pertenece a la red.
- Si cambia la persona designada como su responsable (su cuidador, por ejemplo).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si cambia cualquier parte de esta información, avísenos llamando a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

Lea la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura de seguros que tenga.

Medicare requiere que recopilemos información de usted sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que necesitamos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que le otorga nuestro plan (para obtener más información sobre la

manera en que funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 en este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta en la que constará cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que sepamos que usted tiene. Le pedimos que lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada más. Si la información no es correcta o si cuenta con alguna otra cobertura que no se encuentre en la lista, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 6. Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

Existen leyes federales y estatales que protegen la privacidad de su historia clínica y de su información médica personal. Protegemos su información médica personal tal como lo exige la ley.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información médica personal, consulte la Sección 1.4 del Capítulo 8 de este folleto.

SECCIÓN 7. Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?

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

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

- Si tiene cobertura para retirados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud de grupo se basa en su empleo actual o en el de algún miembro de su familia, quién paga primero depende de la edad, de la cantidad de personas empleadas por el empleador y de si usted tiene Medicare por su edad, una discapacidad o una insuficiencia renal crónica en fase terminal (IRCT):
 - ♦ Si tiene menos de 65 años, está discapacitado y usted o algún miembro de su familia sigue trabajando, su plan de seguro de grupo paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si por lo menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.

- ◆ Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge sigue trabajando, su plan de seguro de grupo paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si por lo menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- ◆ Si tiene Medicare debido a una IRCT, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses posteriores a la fecha en que haya reunido los requisitos para ser miembro de Medicare.

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

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

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

Si tiene otros seguros, avísele al médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Es posible que necesite proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez que usted haya confirmado la identidad de estos) a fin de que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes

SECCIÓN 1. Contactos de Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo cual incluye cómo comunicarse con Servicio a los Miembros del plan).....	17
SECCIÓN 2. Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	20
SECCIÓN 3. Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (ayuda sin costo, información y respuestas a las preguntas sobre Medicare).....	22
SECCIÓN 4. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para evaluar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare).....	22
SECCIÓN 5. Seguro Social	23
SECCIÓN 6. Medicaid (un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los gastos médicos).....	24
SECCIÓN 7. Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados	25
SECCIÓN 8. Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios.....	28

SECCIÓN 1. Contactos de Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo cual incluye cómo comunicarse con Servicio a los Miembros del plan)

Cómo comunicarse con Servicio a los Miembros del plan

Para recibir ayuda con respecto a preguntas sobre quejas, facturación o la tarjeta de membresía, llame o escriba a Servicio a los Miembros de Senior Advantage Medicare Medicaid. Será un placer ayudarlo.

Método	Servicio a los Miembros: información de contacto
TELÉFONO	1-800-476-2167 Las llamadas a este número no tienen costo. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	303-214-6489
DIRECCIÓN	Kaiser Foundation Health Plan of Colorado Customer Experience 2500 South Havana Street Aurora, CO 80014-1622
SITIO WEB	kp.org/espanol

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión de cobertura o presente una queja sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por los servicios médicos que reciba. Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores de la red, incluida una queja sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no abarca disputas sobre pagos ni cobertura. (Si su problema es sobre la cobertura o el pago de nuestro plan, debe consultar la sección sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o presentar quejas sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 “Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)”. Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones de cobertura o de quejas.

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

Método	Decisiones de cobertura o quejas sobre la atención médica: información de contacto
TELÉFONO	1-800-476-2167 Las llamadas a este número no tienen costo. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-866-466-4042
DIRECCIÓN	Kaiser Foundation Health Plan of Colorado Customer Experience 2500 South Havana Street Aurora, CO 80014-1622
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, vaya a https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre el monto que pagaremos por los medicamentos recetados cubiertos en sus beneficios de la Parte D de su plan. Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre una de las farmacias de la red, incluida una queja sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no abarca disputas sobre pagos ni cobertura. (Si el problema se relaciona con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la siguiente sección sobre cómo presentar una apelación).

Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o presentar quejas acerca de los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 “Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)”. Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones de cobertura o de quejas.

Método	Decisiones de cobertura o quejas sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TELÉFONO	1800-476-2167 Las llamadas a este número no tienen costo. De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.

Método	Decisiones de cobertura o quejas sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
FAX	1-866-455-1053
DIRECCIÓN	Kaiser Foundation Health Plan of Colorado Pharmacy Benefits and Compliance 1975 Research Pkwy, Suite 250 Colorado Springs, CO 80920
SITIO WEB	kp.org/espanol
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, vaya a https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo contactarnos cuando presenta una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Método	Apelaciones sobre la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TELÉFONO	1-888-370-9858 Las llamadas a este número no tienen costo. De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.
FAX	1-866-466-4042
SITIO WEB	kp.org/espanol
DIRECCIÓN	Appeals Program Kaiser Foundation Health Plan of Colorado P.O. Box 378066 Denver, CO 80237-8066

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

A dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que usted recibió

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que usted necesite pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que haya recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 7, “Solicitud para que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos”.

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
TELÉFONO	1-800-476-2167 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
DIRECCIÓN	Kaiser Foundation Health Plan of Colorado Claims Department P.O. Box 373150 Denver, CO 80237-3150
SITIO WEB	kp.org/espanol

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

Medicare es un programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con insuficiencia renal crónica en fase terminal (insuficiencia renal permanente que requiera diálisis o un trasplante de riñón).

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

Método	Medicare: información de contacto
TELÉFONO	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número no tienen costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Método	Medicare: información de contacto
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Para usar este número, necesita un aparato de teléfono especial, y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número no tienen costo.</p>
SITIO WEB	<p><u>https://es.medicare.gov</u></p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Incluye información actualizada y noticias actuales sobre Medicare. También contiene datos sobre hospitales, hogares para ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también ofrece información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y sus opciones de inscripción por medio de las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de Elegibilidad de Medicare: Proporciona información sobre el estado de la elegibilidad de Medicare.• Buscador de planes de Medicare: Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados disponibles de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas le ofrecen un cálculo aproximado de cuáles podrían ser los costos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p>También puede usar el sitio web para comunicarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, vaya a https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare se toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, puede recibir asistencia y visitar nuestro sitio web desde una computadora de una biblioteca o un centro para personas de la tercera edad de su localidad. También puede llamar a Medicare y solicitar la información que necesite. Ellos la buscarán en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227] las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3. Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (ayuda sin costo, información y respuestas a las preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) es un programa del gobierno que ofrece la ayuda de consejeros especializados en todo el país. En Colorado, el SHIP se denomina Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico de Colorado (“Colorado SHIP”).

Colorado SHIP es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud). Es un programa estatal que obtiene financiamiento del gobierno federal y que ofrece asesoramiento sin costo sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de Colorado SHIP lo pueden ayudar con cualquier pregunta o problema que tenga con respecto a Medicare. Lo pueden ayudar a entender sus derechos en Medicare, a presentar quejas con respecto a la atención o al tratamiento médico y a resolver sus problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de Colorado SHIP también lo pueden ayudar a entender sus opciones de planes de Medicare, así como a responder sus preguntas sobre el cambio de planes.

Método	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico de Colorado: información de contacto
TELÉFONO	1-888-696-7213
DIRECCIÓN	SHIP, Colorado Division of Insurance 1560 Broadway St., Ste. 850 Denver, CO 80202
SITIO WEB	https://www.colorado.gov/pacific/dora/senior-healthcare-medicare

SECCIÓN 4. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para evaluar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare)

Existe una organización para el mejoramiento de la calidad designada en cada estado, al servicio de los beneficiarios de Medicare. En Colorado, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO.

KEPRO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que trabajan para el gobierno federal. Medicare contrata a esta organización para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se proporciona a las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si considera que la cobertura para su hospitalización termina demasiado pronto.

- Si considera que la cobertura de sus servicios de atención médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios recibidos en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) termina demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad): información de contacto
TELÉFONO	1-844-430-9504 Las llamadas a este número no tienen costo. De lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m. Fines de semana y días festivos, de 11 a. m. a 3 p. m.
TTY	1-855-843-4776 Para usar este número, necesita un aparato de teléfono especial. El servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.
DIRECCIÓN	KEPRO Rock Run Center, Suite 100 5700 Lombardo Center Drive Seven Hills, OH 44131 Attention: Beneficiary Complaints
SITIO WEB	https://www.keproqio.com

SECCIÓN 5. Seguro Social

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

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

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

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

SECCIÓN 6. Medicaid (un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los gastos médicos)

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

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

- **Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, así como otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Algunas personas que participan en el programa QMB también reúnen los requisitos para recibir todos los beneficios de Medicaid (QMB+).
- **Beneficiarios Específicos de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. Algunas personas que participan en el programa SLMB también reúnen los requisitos para recibir todos los beneficios de Medicaid (SLMB+).
- **Personas Calificadas (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas con Discapacidades que Trabajan y Están Calificadas (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con Health First Colorado (Medicaid).

Método	Health First Colorado (programa Medicaid de Colorado): información de contacto
TELÉFONO	1-800-221-3943 Las llamadas a este número no tienen costo. De lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:15 p. m.
TTY	711
DIRECCIÓN	Department of Health Care Policy and Financing 1570 Grant Street Denver, CO 80203
SITIO WEB	https://www.healthfirstcolorado.com/es

SECCIÓN 7. Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

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

Medicare ofrece “Ayuda Adicional” para pagar los medicamentos recetados a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen acciones y ahorros, pero no su casa ni su automóvil. Si reúne los requisitos, obtiene ayuda para pagar cualquier prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de recetas médicas. El programa “Ayuda Adicional” también se toma en cuenta en el cálculo de los costos que usted paga de su bolsillo.

Es posible que las personas con ingresos y recursos limitados reúnan los requisitos para participar en el programa “Ayuda Adicional”. Algunas personas reúnen los requisitos para participar en el programa “Ayuda Adicional” automáticamente y no es necesario que presenten una solicitud. Medicare envía una carta a las personas que reúnen los requisitos automáticamente para recibir “Ayuda Adicional”.

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

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

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

Si usted piensa que reúne los requisitos para participar en el programa “Ayuda Adicional” y considera que paga un monto de costo compartido incorrecto cuando adquiere medicamentos recetados en una farmacia, el plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener evidencia del nivel de copago correcto, o bien, si ya tiene la evidencia, para entregárnosla.

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

Es posible que usted o su representante designado deba proporcionar la evidencia a una farmacia de la red cuando adquiera medicamentos recetados cubiertos de la Parte D, de tal forma que podamos cobrarle el monto adecuado del costo compartido hasta que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualicen sus registros para que su estado actual se vea reflejado.

Una vez que los CMS actualicen sus registros, ya no necesitará presentar la evidencia en la farmacia. Proporcione su evidencia de una de las siguientes maneras para que podamos reenviarla a los CMS, a fin de que se haga la actualización correspondiente:

- Escriba a Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

California Service Center
Attn: Best Available Evidence
P.O. Box 232407
San Diego, CA 92193-2407

- Envíela por fax al **1-877-528-8579**.
- Llévela a una farmacia de la red.

Cuando recibamos la evidencia que muestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema de tal forma que usted pueda pagar el copago correcto cuando surta su próxima receta en la farmacia. Si hace un pago superior a su copago, le reembolsaremos el dinero. Le enviaremos un cheque por la cantidad que pagó de más o lo compensaremos en copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y lo mantiene como una deuda que usted debe pagar, podemos hacer 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 si tiene alguna pregunta (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

¿Qué ocurre si tiene cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) u otro programa que proporciona cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea "Ayuda Adicional"), usted igualmente obtiene el 70 % de descuento en los medicamentos de marca cubiertos.

Además, el plan paga el 5 % del costo de los medicamentos de marca en el periodo de intervalo en la cobertura. El 70 % de descuento y el 5 % que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes que el SPAP u otra cobertura.

¿Qué ocurre si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos Contra el SIDA (ADAP)?

¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos Contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos Contra el SIDA (ADAP) ayuda a los individuos con VIH o SIDA que reúnen los requisitos a tener acceso a medicamentos que salvan vidas contra el VIH. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia en el costo compartido de los medicamentos recetados por medio de **Bridging the Gap Colorado**. Nota: Para reunir los requisitos para el ADAP que funciona en su estado, los individuos deben cumplir con determinados requisitos, que incluyen presentar un comprobante de residencia en el estado y del estado del VIH, contar con ingresos bajos según lo defina el estado y tener un estado de no asegurado o con cobertura insuficiente.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, este programa puede continuar brindándole asistencia con el costo compartido de los medicamentos recetados de Medicare Parte D para los medicamentos que se encuentran en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique al representante local de ADAP de cualquier cambio en el nombre de su plan de Medicare Parte D o número de póliza. Llame a **Bridging the Gap Colorado** al **303-692-2716**.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a **Bridging the Gap Colorado** al **303-692-2716**.

¿Qué sucede si participa en el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para obtener ayuda para pagar los costos de los medicamentos recetados?

¿Puede obtener descuentos?

La mayoría de nuestros miembros reciben la “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos recetados. Si recibe “Ayuda Adicional”, el Programa de Descuento del Periodo de Intervalo en la Cobertura de Medicare no se aplica a usted. Si recibe “Ayuda Adicional”, ya tiene cobertura para los costos de los medicamentos recetados durante el periodo de intervalo en la cobertura.

¿Qué sucede si no obtiene un descuento y considera que debería obtenerlo?

Si considera que ya llegó al periodo de intervalo en la cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar su siguiente notificación de la **Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D**. Si el descuento no aparece en su **EOB de la Parte D**, debe contactarnos para asegurarse de que los registros de sus recetas sean correctos y estén actualizados. Si no estamos de acuerdo con que le debemos un descuento, usted puede apelar. Puede obtener ayuda de su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) para presentar una apelación (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad, afección médica o discapacidades. Cada estado tiene reglas diferentes para brindar cobertura de medicamentos para sus miembros.

En Colorado, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica se llama Bridging the Gap Colorado.

Método	Bridging the Gap Colorado: información de contacto
TELÉFONO	303-692-2716 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
DIRECCIÓN	Bridging the Gap Colorado C/O Colorado ADAP A3-3800 4300 Cherry Creek Drive South Denver, Colorado 80246-1530
SITIO WEB	https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/colorado-aids-drug-assistance-program-adap

SECCIÓN 8. Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios

La Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene alguna pregunta con respecto a los beneficios que brinda la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe los beneficios de Medicare por parte de la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios, es importante que les avise si se muda o cambia de dirección postal.

Método	Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios: información de contacto
TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número no tienen costo. El horario de atención es de lunes a viernes, de 9 a. m. a 3:30 p. m. Si tiene un teléfono de marcado por tonos, puede acceder a información grabada y servicios automatizados las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Para usar este número, necesita un aparato de teléfono especial, y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla. Las llamadas a este número tienen un costo.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov/

CAPÍTULO 3. Cómo usar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1. Lo que debe saber para recibir atención médica cubierta como miembro de nuestro plan	31
Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?.....	31
Sección 1.2 Reglas básicas para que el plan cubra la atención médica.....	31
SECCIÓN 2. Use los proveedores de la red para obtener atención médica	32
Sección 2.1 Debe elegir un PCP que le brinde atención médica y la supervise.....	32
Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin necesidad de obtener una aprobación previa del PCP?	33
Sección 2.3 Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red	34
Sección 2.4 Cómo obtener atención médica de proveedores que no pertenecen a la red	36
SECCIÓN 3. Cómo recibir servicios cubiertos si tiene una emergencia, necesita atención de urgencia o durante un desastre	37
Sección 3.1 Cómo recibir atención médica si tiene una emergencia médica.....	37
Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios.....	38
Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre	39
SECCIÓN 4. ¿Qué pasa si a usted se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos?	39
Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos la parte del costo que nos corresponde de los servicios cubiertos	39
Sección 4.2 ¿Qué debo hacer si un servicio no está cubierto por nuestro plan?.....	39
SECCIÓN 5. ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica”?.....	40
Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?.....	40
Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?.....	41
SECCIÓN 6. Reglas para obtener la atención cubierta en una “institución religiosa no médica de cuidado de la salud”	42
Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica de cuidado de la salud?	42
Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud cubre nuestro plan?	42

SECCIÓN 7. Reglas para adquirir la titularidad del equipo médico duradero 43

Sección 7.1 ¿Usted será el dueño del equipo médico duradero después de que realice un determinado número de pagos según nuestro plan? 43

SECCIÓN 1. Lo que debe saber para recibir atención médica cubierta como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explica lo que usted necesita saber sobre el uso de nuestro plan para recibir atención médica cubierta. Se incluyen definiciones de los términos y se explican las reglas que deberá seguir para obtener tratamientos y servicios médicos, así como otro tipo de atención médica que está cubierta por el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica está cubierta por el plan y cuánto paga usted cuando la recibe, use la Tabla de Beneficios que se encuentra en el Capítulo 4, “Tabla de Beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)”.

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

Las siguientes son algunas definiciones que pueden ayudarlo a entender cómo recibir la atención y los servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

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

Sección 1.2 Reglas básicas para que el plan cubra la atención médica

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

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

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

- **Usted tiene un médico de cabecera (PCP) de la red** que le brinda atención médica y la supervisa. Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - ◆ En la mayoría de los casos, el PCP de la red debe darle su aprobación previa antes de que pueda usar otros proveedores en la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se denomina “referencia” (para obtener más información, consulte la Sección 2.3 de este capítulo).
 - ◆ No se requiere que su PCP le proporcione una referencia para recibir atención de emergencia o servicios de urgencia. Además, hay otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP (para obtener más información, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor que no pertenece a la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Las siguientes son tres excepciones:
 - ◆ Cubrimos la atención de emergencia o los servicios necesarios con urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre el tema y para saber qué significa servicios de emergencia o urgentes, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - ◆ Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden brindarla, puede recibir dicha atención de un proveedor fuera de la red si autorizamos los servicios antes de que se le proporcione la atención médica. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si hubiera recibido la atención médica de uno de los proveedores de la red. Para obtener información sobre la aprobación para ver a un proveedor que no pertenece a la red, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - ◆ Cubrimos los servicios de diálisis renal que obtenga en un centro de diálisis certificado de Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio.

SECCIÓN 2. Use los proveedores de la red para obtener atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un médico de cabecera (PCP) que le brinde atención médica y la supervise

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

Como miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su médico de cabecera (PCP). El PCP es un profesional de la atención médica que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para proporcionar atención médica primaria.

El PCP le brindará la mayor parte de su atención y es posible que lo ayude a acordar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted reciba como miembro de nuestro plan. Esto incluye rayos X, pruebas de laboratorio, terapias, atención de médicos especialistas, admisiones en

hospitales y atención de seguimiento. “Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar a otros proveedores de la red sobre su atención médica y cómo se está desarrollando.

Existen algunos tipos de servicios cubiertos que puede obtener usted mismo sin tener que comunicarse primero con su PCP (consulte la Sección 2.2 de este capítulo).

En algunos casos, el PCP también necesitará obtener una autorización previa (aprobación previa) de nosotros. Los servicios que requieren nuestra autorización previa se explican en la Sección 2.3 de este capítulo.

¿Cómo escoger a su PCP?

Puede seleccionar un médico de cabecera de entre cualquiera de nuestros médicos del plan disponibles que practique alguna de las siguientes especialidades: medicina interna, medicina familiar y pediatría. Cuando lo escoja, su decisión entrará en vigencia de inmediato. Para obtener información sobre cómo escoger un médico de cabecera, llame a Servicios de Selección de Médicos Personales al **1-855-208-7221 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 5:30 p. m. También puede hacer su elección en **kp.org/espanol**.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También, es posible que su PCP abandone nuestra red de proveedores y usted tenga que elegir a un nuevo PCP.

Para cambiar de PCP, llame al Equipo de Selección de Médicos Personales al **1-855-208-7221** o al **711 (TTY)**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 5:30 p. m., o selecciónelo en **kp.org/espanol**.

Cuando llame, asegúrese de informar al Equipo de Selección de Médicos Personales si está consultando a especialistas o si está recibiendo otros servicios cubiertos que necesiten la aprobación de su PCP (como servicios médicos a domicilio y equipo médico duradero). Nuestro Equipo de Selección de Médicos Personales lo ayudará a asegurarse de que pueda continuar con la atención especializada y los demás servicios que se le proporcionaban antes de que cambiara de PCP. También verificarán que el PCP al que quiere cambiarse acepte nuevos pacientes. Cuando realice una nueva selección, el cambio entrará en vigencia de inmediato.

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin necesidad de obtener una aprobación previa del PCP?

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

- Atención de rutina de salud de la mujer, que incluye exámenes del seno, mamografías (rayos X del seno), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando la reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe y la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o que no pertenecen a la red.
- Servicios de urgencia de proveedores de la red o que no pertenecen a la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente (por ejemplo, cuando usted está temporalmente fuera de nuestra área de servicio).

- Servicios de diálisis que recibe en un centro de atención de diálisis con certificación de Medicare mientras se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio. (De ser posible, llame a Servicio a los Miembros antes de que salga del área de servicio a fin de que podamos ayudarlo con los arreglos para que reciba diálisis de mantenimiento mientras está fuera). Los números de teléfono de Servicio a los Miembros figuran en la contraportada de este folleto.
- Consultas o visitas de rutina a departamentos de atención especializada dentro de nuestro plan, con la excepción del departamento de anestesia para el dolor clínico.
- Segundas opiniones de otro proveedor de la red.
- Atención de salud mental, siempre y cuando la reciba de un proveedor de la red.
- Atención preventiva, con excepción de aneurismas aórticos abdominales, pruebas del antígeno prostático específico (PSA), enemas de bario y mediciones de la masa ósea, siempre y cuando la reciba de un proveedor de la red.
- Servicios quiroprácticos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Exámenes de los ojos y exámenes de audición de rutina, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Atención de rutina cubierta de un médico de Colorado Permanente Medical Group (CPMG) en cualquier consultorio médico de Kaiser Permanente en nuestras áreas de servicio del Sur o el Norte de Colorado. Nota: No puede obtener atención de rutina de los proveedores dentro de la red afiliados en las áreas de servicio del Sur o el Norte de Colorado.

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

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

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

Referencias de su PCP

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

Cuando su PCP le recete un tratamiento especializado, le dará una referencia para consultar a un especialista del plan o a otros proveedores de la red. Sin embargo, para algunos tipos de referencias de atención especializada, es posible que su PCP necesite obtener una aprobación previa de nuestro plan. En caso de que usted quiera acudir con un determinado especialista u hospital del plan, verifique antes que el PCP haga la referencia a ese especialista o que use ese hospital.

Autorización previa

Para los artículos y servicios que se mencionan a continuación y en el Capítulo 4 de la Sección 2.1 y 2.2, el PCP necesitará obtener una aprobación previa de nuestro plan (a esto se le llama obtener una “autorización previa”). Solo médicos certificados u otros profesionales médicos debidamente certificados tomarán decisiones sobre las solicitudes de autorización.

- Para **cierta atención especializada**, su PCP recomendará a nuestro plan que usted sea referido a un especialista de la red. El plan autorizará los servicios si se determina que los servicios cubiertos son necesarios desde el punto de vista médico. Las referencias a dichos especialistas serán para un plan de tratamiento específico, que puede incluir una referencia abierta si se requiere atención continua. Hable con su médico de la red para saber qué servicios se han autorizado. Si el especialista quiere que usted continúe recibiendo más atención, asegúrese de que la referencia cubra más consultas a dicho especialista. Si no es así, comuníquese con el PCP. Debe contar con una referencia autorizada para recibir tratamiento continuo de un especialista, excepto según se describe en la Sección 2.2. Si no tiene una referencia (aprobación previa) antes de recibir determinados servicios continuos, es posible que deba pagarlos por su cuenta.
- Si el PCP determina que usted requiere **servicios cubiertos que no están disponibles en nuestra red de proveedores**, hará la recomendación al plan de que usted sea referido a un proveedor que no pertenece a la red, dentro o fuera de nuestra área de servicio. El plan autorizará los servicios si se determina que los servicios cubiertos son necesarios desde el punto de vista médico pero no están disponibles por medio de un proveedor dentro de la red. Las referencias a los proveedores que no pertenecen a la red serán para un plan de tratamiento específico, que puede incluir una referencia abierta si requiere atención continua. Pregunte a su PCP cuáles son los servicios que se han autorizado. Si el especialista que no pertenece a la red quiere que usted continúe recibiendo más atención, asegúrese de que la referencia cubra más consultas con dicho especialista. Si no es así, comuníquese con su PCP.
- Si su médico de la red hace una referencia por escrito para una **cirugía bariátrica**, el servicio será evaluado para determinar su necesidad médica por nuestro cirujano bariátrico y el Departamento de Cirugía Metabólica y de Control del Peso.
- Después de que se nos notifique que, tras recibir atención de emergencia, usted necesita **atención de postestabilización** de un proveedor que no pertenece a la red, analizaremos su afección con el proveedor que no pertenece a la red. Si decidimos que usted necesita atención de postestabilización y que la atención estaría cubierta si la recibiera de un proveedor de la red, autorizaremos la atención por parte de un proveedor que no pertenece a la red únicamente si no podemos hacer los arreglos necesarios para que la reciba de un proveedor de la red (u otro proveedor designado). Para obtener más información, consulte la Sección 3.1 de este capítulo.
- Cirugía de cambio de sexo necesaria desde el punto de vista médico y procedimientos relacionados.
- Si el especialista hace una referencia 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 necesarios desde el punto de vista médico o si tienen cobertura de acuerdo con las pautas de Medicare. En los casos en los que no exista una junta o comité de trasplantes, el Grupo Médico designará a un especialista dentro del grupo para revisar y

aprobar su referencia para recibir un trasplante. Nota: Un médico del plan puede brindar o autorizar un trasplante de córnea sin seguir este procedimiento de autorización de trasplantes del Grupo Médico.

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

Es posible que realicemos cambios en cuanto a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte del plan durante el año. Un proveedor puede abandonar el plan debido a diversos motivos, pero si su médico o especialista lo abandona, usted tiene los derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie en el transcurso del año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible para notificarle con un mínimo de 30 días de anticipación que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento necesario desde el punto de vista médico que está recibiendo y nosotros colaboraremos con usted para asegurar que así sea.
- Si cree que no le proporcionamos un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor previo o que su atención no se ha administrado de manera apropiada, tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista abandonará el plan, comuníquese con nosotros al **1-855-208-7221 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 5:30 p. m., para que podamos ayudarlo a encontrar un proveedor nuevo y a administrar su atención.

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

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

- Servicios de emergencia o de urgencia que recibe de un proveedor que no pertenece a la red. Para obtener más información al respecto y averiguar qué significa servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Nuestro plan autoriza las referencias a proveedores que no pertenecen a la red de acuerdo con lo que se establece en la Sección 2.3 de este capítulo.
- Servicios de diálisis que recibe en un centro de atención de diálisis con certificación de Medicare mientras se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio.
- Si visita el área de servicio de otra región de Kaiser Permanente, puede recibir ciertos tipos de atención médica cubiertos de acuerdo con esta **Evidencia de Cobertura** de los proveedores designados en esa área de servicio. Llame a Servicio a los Miembros o a nuestra línea de atención para viajeros al **1-951-268-3900** (las 24 horas del día, los 7 días de la semana,

excepto días festivos), TTY **711**, para obtener más información sobre cómo recibir atención cuando visite las áreas de servicio de otras regiones de Kaiser Permanente, incluida información de cobertura y ubicaciones de los centros de atención en el Distrito de Columbia y en partes de California, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia y Washington.

SECCIÓN 3. Cómo recibir servicios cubiertos si tiene una emergencia, necesita atención de urgencia o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo recibir atención médica si tiene una emergencia médica

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

Una “emergencia médica” es una situación en la que usted, o cualquier otra persona legamente prudente con un conocimiento promedio en salud y medicina, consideran que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida, una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más pronto posible.** Llame al **911** o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si la necesita. No es necesario que obtenga antes una aprobación o referencia de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se haya avisado a nuestro plan acerca de 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. El número al que debe llamar se encuentra en el dorso de la tarjeta de membresía del plan.

¿Qué servicios están cubiertos durante una emergencia médica?

Usted puede obtener atención médica de emergencia con cobertura cuando la necesite, dentro y fuera de los Estados Unidos. Cubrimos los servicios de ambulancia en los casos en que el traslado a la sala de emergencias por cualquier otro medio pueda poner en riesgo su salud. Usted puede obtener atención médica de emergencia con cobertura cuando la necesite (incluida una ambulancia), en cualquier parte del mundo (se requieren formularios de reclamación). Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4 de este folleto.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brinden la atención de emergencia para ayudar a coordinar la atención y darle seguimiento. Los médicos que le proporcionen la atención de emergencia determinarán en qué momento su situación es estable y cuándo termina la emergencia médica.

Una vez que la emergencia haya pasado, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento, para asegurarse de que su estado sigue siendo estable. Cubriremos la atención de postestabilización de seguimiento, según las pautas de Medicare. Si los proveedores que le brindan la atención de emergencia no pertenecen a la red, intentaremos hacer los arreglos

necesarios para que los proveedores de la red se encarguen de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan. Es muy importante que su proveedor nos llame para obtener una autorización para atención de postestabilización antes de que usted reciba la atención del proveedor que no pertenece a la red. En la mayoría de los casos, usted será responsable de los costos únicamente si el proveedor que no pertenece a la red o nosotros le informamos acerca de su posible responsabilidad.

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

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

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

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

Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Los “servicios de urgencia” corresponden a una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores dentro de la red o por proveedores que no pertenecen a la red cuando los proveedores dentro de la red no estén disponibles temporalmente o no se pueda acceder a ellos. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, una recaída inesperada en alguna condición conocida que usted tenga.

¿Qué pasa si usted está dentro de nuestra área de servicio cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Se aconseja que siempre intente recibir servicios de urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o no se pueda acceder a ellos de manera temporal y no es razonable esperar a recibir atención del proveedor dentro de la red cuando la red se encuentre disponible, cubriremos los servicios de urgencia que obtenga de un proveedor fuera de la red.

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

sea que llame para pedir un consejo o programar una cita, puede hablar con un enfermero de consulta. En general, se encargan de responder preguntas sobre problemas menores, indicarle qué hacer si un centro de atención de la red está cerrado o aconsejarle qué pasos seguir e incluso hacer citas de atención de urgencia para el mismo día si es aconsejable desde el punto de vista médico. Para hablar con una enfermera consejera o programar una cita, consulte su **Directorio de Proveedores** para obtener los números de teléfono para programar citas y recibir consejos.

¿Qué pasa si usted está fuera de nuestra área de servicio cuando necesita atención de urgencia?

Cuando está fuera del área de servicio y no puede obtener atención de un proveedor de la red, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor. Nuestro plan cubre los servicios de urgencia en cualquier lugar del mundo.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

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

En términos generales, durante un desastre, si no puede usar un proveedor de la red, le permitiremos obtener atención de proveedores que no pertenecen a 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 de que no pertenece a la red. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

SECCIÓN 4. ¿Qué pasa si a usted se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos?

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

Para informarse sobre qué hacer si pagó más de lo que le corresponde por los servicios cubiertos o recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7, “Cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos”.

Sección 4.2 ¿Qué debo hacer si un servicio no está cubierto por nuestro plan?

Cubrimos todos los servicios médicos que sean necesarios desde el punto de vista médico mencionados en la Tabla de Beneficios (en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtengan conforme a las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que el plan no

cubre, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si quiere saber si pagaremos un servicio o atención médicos que está considerando obtener, tiene derecho a preguntarnos si los cubriremos antes de recibirlos. También tiene derecho a solicitar esta información por escrito. Si la respuesta es que no cubriremos el servicio, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9, “Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)”, contiene más información acerca de qué hacer si desea una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que ya tomamos. También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, pagará el costo total de cualquier servicio que reciba después de que haya agotado sus beneficios para ese tipo de servicio cubierto. Cualquier monto que pague después de que el beneficio se termine no contará para su gasto máximo de bolsillo. Para saber cuánto ha usado del límite de un beneficio, puede llamar a Servicio a los Miembros.

Nota: Si un servicio no está cubierto por el plan, es posible que este esté cubierto por Health First Colorado (Medicaid). Comuníquese con Health First Colorado (Medicaid) para saber si un servicio está cubierto por Health First Colorado (Medicaid) y cómo obtener servicios.

SECCIÓN 5. ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica”?

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es 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. Para probar estos nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, se solicita la colaboración de voluntarios. Este tipo de estudio es una de las etapas finales del proceso de investigación y permite a los médicos y científicos determinar si un enfoque nuevo es eficaz y seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están disponibles para los miembros de nuestro plan. Medicare debe aprobar primero el estudio de investigación. 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.

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

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Mientras esté en un

estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención médica (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio del plan.

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

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, sí deberá informarnos antes de que inicie su participación en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) para hacerles saber que participará en un ensayo clínico y para obtener detalles más específicos de lo que cubrirá nuestro plan.

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

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

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

Original Medicare pagará la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará una parte de los costos:

- Pagaremos la diferencia entre el costo compartido establecido en Original Medicare y la parte del costo que le corresponde a usted 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.
 - ♦ A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Supongamos que usted debe hacerse una prueba de laboratorio que cuesta \$100 dólares como parte del estudio de investigación. También supongamos que su parte de los costos para esta prueba es de \$20 dólares de acuerdo con Original Medicare, pero la prueba sería de \$10 dólares en virtud de los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 dólares por la prueba y nosotros pagaríamos otros \$10. Es decir, usted pagaría \$10, que es el mismo monto que pagaría de acuerdo con los beneficios de nuestro plan.
- Para que paguemos nuestra parte del costo, usted deberá presentar una solicitud de pago. Deberá adjuntar a la solicitud una copia del Resumen de Avisos de Medicare u otra

documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto debe. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

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

- Por lo general, Medicare no pagará el artículo o el servicio nuevo que se está probando en el estudio, a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aun cuando usted no participara en un estudio.
- Los artículos y servicios que el estudio le proporcione sin costo a usted o a cualquier participante.
- Los artículos o servicios que reciba únicamente para obtener información y que no se usen para la atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales que se le hagan como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Desea saber más?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare y los Estudios de Investigación Clínica” (Medicare and Clinical Research Studies), que se encuentra en el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>). Puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

SECCIÓN 6. Reglas para obtener la atención cubierta en una “institución religiosa no médica de cuidado de la salud”

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

Una institución religiosa no médica de cuidado de la salud es un centro de atención que proporciona atención para tratar una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, nosotros cubriremos la atención en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud. Usted puede escoger recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se ofrece solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios no médicos de cuidado de la salud). Medicare solo pagará los servicios no médicos de cuidado de la salud proporcionados por instituciones religiosas no médicas de cuidado de la salud.

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud cubre nuestro plan?

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

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

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

- El centro que proporciona la atención debe tener la certificación de Medicare.
- Nuestra cobertura del plan de servicios que recibe se limita a aspectos no religiosos de la atención.
- Si usted recibe servicios de este tipo de instituciones en un centro de atención, se aplican las siguientes condiciones:
 - ♦ Debe padecer una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención para pacientes hospitalizados o de atención en un centro de enfermería especializada;
 - ♦ y debe obtener una aprobación por adelantado de nuestro plan antes de que ingrese en el centro de atención; de lo contrario, su estancia no estará cubierta.

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

SECCIÓN 7. Reglas para adquirir la titularidad del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Usted será el dueño del equipo médico duradero después de que realice un determinado número de pagos según nuestro plan?

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

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de DME son dueñas del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de nuestro plan no adquirirá la titularidad de los artículos de DME, independientemente de cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME con la cobertura de Original Medicare antes de unirse a nuestro plan, no adquirirá la titularidad, independientemente de cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de 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 del DME mientras pertenecía a nuestro plan, tendrá que hacer 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiarse a Original Medicare para ser dueño del artículo. Los pagos que haya hecho mientras pertenecía a nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo del DME cuando pertenecía a Original Medicare antes de unirse a nuestro plan, estos pagos previos tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de regresar a Original Medicare para poder ser el titular del artículo. No existen excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

CAPÍTULO 4. Tabla de Beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1. Acerca de los gastos de su propio bolsillo por los servicios cubiertos 46

 Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que podría pagar por los servicios cubiertos 46

 Sección 1.2 ¿Cuánto es el monto máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B?..... 46

 Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen los saldos” 47

SECCIÓN 2. Use esta Tabla de Beneficios para averiguar qué servicios están cubiertos para usted y cuáles son los montos que deberá pagar 48

 Sección 2.1 Beneficios médicos y costos como miembro de nuestro plan 48

SECCIÓN 3. ¿Cuáles son los servicios cubiertos fuera de nuestro plan? 82

 Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por nuestro plan..... 82

SECCIÓN 4. ¿Cuáles son los servicios que no cubre nuestro plan? 83

 Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por nuestro plan (exclusiones) 83

SECCIÓN 1. Acerca de los gastos de su propio bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que usted paga por ellos. Incluye una Tabla de Beneficios en la que se enumeran los servicios cubiertos y se indica cuánto pagará usted por cada servicio cubierto como miembro de nuestro plan. Más adelante en este capítulo, podrá encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites que se aplican a ciertos servicios. Además, consulte los capítulos 3, 11 y 12 para obtener más información relacionada con la cobertura, incluidas las limitaciones (por ejemplo, la coordinación de beneficios, el equipo médico duradero, la atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada y la responsabilidad civil de terceros).

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que podría pagar por los servicios cubiertos

Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B, siempre que siga las reglas del plan para obtener su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas del plan para obtener su atención).

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

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

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

Nota: Debido a que nuestros miembros también obtienen ayuda de Medicaid, muy pocos llegan a alcanzar este gasto de bolsillo máximo. Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido a través de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para satisfacer el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Como está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite respecto del monto que tiene que pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red que tienen cobertura de Medicare Parte A y Parte B (consulte la Tabla de Beneficios de la Sección 2 a continuación). Este límite se llama monto máximo de gastos de bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de nuestro plan, el monto máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por servicios dentro de la red que tienen cobertura de Medicare Parte A y Parte B en 2019 es **\$3,400**. Los montos que paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos de la red cuentan para este monto máximo de gastos de bolsillo. Los montos que paga por las primas del plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. Además, los montos que usted pague por algunos servicios no se toman en cuenta en este monto máximo de gastos de bolsillo. Estos servicios están señalados con un asterisco (*) en la Tabla de Beneficios. Si alcanza el monto máximo de gastos de bolsillo de **\$3,400**, no tendrá que pagar ningún otro gasto de su bolsillo durante el resto del año correspondiente a los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, deberá seguir pagando las primas del plan y las primas de Medicare Parte B (a menos que esta última sea pagada por Medicaid o por algún otro tercero).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen los saldos”

Como miembro de nuestro plan, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por el plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales independientes como “facturación de saldos”. Esta protección (de no pagar más que el monto del costo compartido del plan) 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 al proveedor.

Esta protección funciona de la siguiente forma:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad establecida de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces usted solo paga ese monto por los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más de ese porcentaje. Sin embargo, el costo depende del tipo de proveedor al que acuda:
 - ◆ Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (según se especifica en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - ◆ Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde, cubrimos servicios de proveedores que no pertenecen a la red solo en determinadas situaciones, como cuando obtiene una referencia).
 - ◆ Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde, cubrimos servicios de proveedores que no pertenecen a la red solo en determinadas situaciones, como cuando obtiene una referencia).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado el saldo”, llame al Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

No permitimos que los proveedores le cobren los servicios cubiertos. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente, y lo protegemos a usted de todo cargo. Esto es así aun en el caso de que al proveedor le paguemos menos de lo que cobra por un servicio. Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2. Use esta Tabla de Beneficios para averiguar qué servicios están cubiertos para usted y cuáles son los montos que deberá pagar

Sección 2.1 Beneficios médicos y costos como miembro de nuestro plan


La Tabla de Beneficios que aparece en las siguientes páginas indica qué servicios cubrimos y qué gastos paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios están cubiertos únicamente cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben prestarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (entre ellos, la atención médica, los servicios, los artículos y el equipo) deben ser necesarios desde el punto de vista médico. “Necesario desde el punto de vista médico” significa que los servicios, artículos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe la atención de un proveedor dentro de la red. En la mayoría de los casos, no estará cubierta la atención que reciba de un proveedor que no pertenece a la red. El Capítulo 3 proporciona más información acerca de los requisitos para usar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor que no pertenece a la red.
- Usted tiene un médico de cabecera (PCP) que le proporciona atención médica y la supervisa. En la mayoría de los casos, el PCP debe darle una aprobación previa antes de que pueda acudir con otros proveedores de la red de nuestro plan. A esto se le llama darle una “referencia”. En el Capítulo 3, se brinda más información sobre cómo obtener una referencia y sobre cuáles son las situaciones en las que no necesita una referencia.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios están cubiertos solamente si el médico u otro proveedor de la red obtiene la aprobación por adelantado (a veces, se la llama “autorización previa”) de nuestra parte. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de Beneficios con una nota al pie de página (†). Además, consulte la Sección 2.2 de este capítulo y la Sección 2.3 del Capítulo 3 para obtener más información sobre la autorización previa, incluidos otros servicios que requieren autorización previa y que no se enumeran en la Tabla de Beneficios.

Otros datos importantes de nuestra cobertura que debe conocer:



- Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre atención médica y medicamentos recetados. Medicaid cubre el costo compartido por servicios de Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual **Medicare y Usted 2019**. También puede consultarlo en línea en <https://es.medicare.gov> o pedir una copia por teléfono al **1-800-MEDICARE [1-800-633-4227]**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**).
- Todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare también están cubiertos por nosotros sin costo para usted. Sin embargo, si usted también recibe tratamiento o supervisión para una condición médica existente durante la consulta en que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para la condición médica existente.
- En ocasiones, Medicare añade la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare añade cobertura para cualquier servicio durante 2019, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del periodo de cuatro meses de nuestro plan considerado de elegibilidad continua, seguiremos proporcionándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo, el costo compartido y las primas pueden cambiar. Además, deberá consultar a Health First Colorado (Medicaid) para saber si Health First Colorado proporciona alguna cobertura durante este periodo y lo que usted debe pagar. Los montos del costo compartido por beneficios básicos y suplementarios de Medicare no cambian durante este periodo.

Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando reúna los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

 Encontrará esta manzana junto a los servicios preventivos que aparecen en la Tabla de Beneficios.

Para obtener un resumen de los beneficios y el costo compartido de Health First Colorado (Medicaid), consulte la sección “Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid” en el **Resumen de Beneficios**. Comuníquese con la agencia de Health First Colorado (Medicaid) para determinar el nivel de costo compartido mediante Health First Colorado (Medicaid).




Tabla de Beneficios

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un ultrasonido de diagnóstico único para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una referencia para ella de un médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o enfermero clínico.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios cubiertos de ambulancia incluyen los servicios de ambulancia de ala fija, de ala rotativa y terrestre hacia el centro de atención más cercano que pueda brindar atención, si estos servicios son proporcionados a un miembro cuya afección médica es tal que otro medio de transporte podría comprometer la salud de la persona o en caso de que sean autorizados por nuestro plan. • También cubrimos los servicios de ambulancia certificada en cualquier parte del mundo sin autorización previa (incluido el transporte a través del sistema de respuesta ante emergencias del 911, cuando esté disponible) si se considera, dentro de lo razonable, que presenta una condición médica de emergencia y que su condición necesita el apoyo clínico de los servicios de transporte en ambulancia. • Es posible que necesite presentar una reclamación de reembolso a menos que el proveedor acepte facturarnos a nosotros (consulte el Capítulo 7). • †El transporte en ambulancia que no es de emergencia es adecuado si se documenta que la condición del miembro es tal que cualquier otro medio de transporte pondría en peligro la salud de la persona y si dicho transporte en ambulancia es necesario desde el punto de vista médico. 	<p>Coseguro del 0 % o 20 % por viaje de ida o vuelta. ‡</p> <p>Si el coseguro aplica en su caso, los gastos de su bolsillo por un viaje de ida o vuelta no serán más de \$500.</p>
<p> Exámenes físicos de rutina anuales</p> <p>Los exámenes físicos de rutina están cubiertos si el examen es de atención preventiva apropiada desde el punto de vista médico</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible alguno para esta atención preventiva.</p>

†Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

* Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.




‡Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

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

†Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.




‡ Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con determinadas condiciones y cuentan con la orden de un médico.</p> <p>Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que habitualmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$0 o \$2 por consulta. †</p>
<p> Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una consulta al año con su médico de cabecera para ayudarlo a reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede hablarle (si corresponde) sobre el uso de aspirina, revisar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo saludablemente.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para las enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Pruebas de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías relacionadas con un riesgo elevado de padecer enfermedades cardiovasculares) una vez cada cinco años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible alguno por las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren cada cinco años.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer cervicouterino y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene un alto riesgo de cáncer cervicouterino o vaginal, o está en edad de tener hijos y ha tenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes pélvicos y las pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.</p>

† Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

* Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.


‡ Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cubrimos solamente la manipulación de la columna vertebral para corregir la subluxación. Estos servicios cubiertos por Medicare son proporcionados por un quiropráctico participante. Consulte el Directorio de Proveedores para encontrar quiroprácticos participantes que proporcionen servicios cubiertos por Medicare. 	<p>\$0 o \$2 por consulta. ‡</p>
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <ul style="list-style-type: none"> Para personas de 50 años o más, se cubrirá lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario como alternativa) cada 48 meses. Una de las siguientes opciones cada 12 meses: <ul style="list-style-type: none"> Prueba Guaiac de sangre oculta en la materia fecal (gFOBT). Prueba inmunoquímica fecal (FIT). Prueba de detección colorrectal basada en el ADN cada 3 años. Para personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos una colonoscopia de detección (o enema de bario como alternativa) cada 24 meses. Para las personas que no tienen un riesgo alto de padecer cáncer colorrectal, cubrimos una colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no durante los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible alguno para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p>
<p> Detección de la depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de la depresión al año. La prueba de detección debe realizarse en un centro de atención médica primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referencias.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible alguno para la consulta anual de evaluación de depresión.</p>
<p> Pruebas de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este servicio (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de</p>

‡Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.

‡ Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>alta (hipertensión), antecedentes de niveles de colesterol y triglicéridos anormales (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel alto de azúcar (glucosa) en la sangre. Es posible que las pruebas también estén cubiertas si usted reúne otros requisitos, como padecer sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Con base en los resultados de estas pruebas, puede reunir los requisitos para realizarse hasta dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses.</p>	<p>detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes y servicios y suministros para la diabetes</p>	
<p>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios de insulina o no), los servicios cubiertos incluyen:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Artículos para supervisar el nivel de glucosa en la sangre: monitores de glucosa en la sangre, tiras reactivas para la glucosa en la sangre, dispositivos para lancetas, lancetas y soluciones para el control de la glucosa para revisar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. 	<p>Sin cargo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con diabetes que padecen enfermedad grave del pie diabético: un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluidas las plantillas que vienen con estos) cada año calendario y dos pares de plantillas adicionales o un par de zapatos con profundidad y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas extraíbles no hechas a medida que vienen con los zapatos). La cobertura incluye el ajuste. 	<p>Coseguro del 0 % o del 20 %. ‡</p>
<ul style="list-style-type: none"> •  La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta según determinadas condiciones. <p>Nota: Puede optar por recibir capacitación sobre cómo autocontrolar la diabetes a través de un programa que no pertenezca a nuestro plan y que esté reconocido por la American Diabetes Association y aprobado por Medicare.†</p>	<p>\$0 o \$2 por consulta. ‡</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados†</p>	<p>Coseguro del 0 % o del 20 %. ‡</p>

†Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

* Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.

‡Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>(Para conocer la definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este folleto).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión IV, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME necesario desde el punto de vista médico cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor que está ubicado en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en kp.org/directory.</p>	

† Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

* Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.


‡ Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia corresponde a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> proporciona un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, consideran que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios provistos por proveedores que no pertenecen a la red es el mismo que el de los servicios proporcionados por proveedores de la red.</p> <p>Usted tiene cobertura para atención de emergencia en todo el mundo.</p>	<p>\$0 o \$90 por consulta en el Departamento de Emergencias. ‡</p> <p>Este copago no se aplica si usted es ingresado directamente y de inmediato al hospital como paciente hospitalizado (pero sí se aplica si es ingresado en el hospital como paciente ambulatorio, por ejemplo, si es admitido para observación).</p> <p>†Si recibe atención de emergencia en un hospital que no pertenece a la red y necesita atención para pacientes hospitalizados luego de que se establezca su emergencia, deberá regresar a un hospital de la red para que su atención se siga cubriendo o deberá obtener la autorización del plan para recibir dicha atención en el hospital que no pertenece a la red, y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p>Beneficio de acondicionamiento físico*</p> <p>Se ofrece un beneficio de salud y acondicionamiento físico por medio del programa de acondicionamiento físico SilverSneakers® que incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Una membresía básica de acondicionamiento físico con acceso a todos los centros de acondicionamiento físico participantes y a sus servicios básicos. Clases de acondicionamiento físico en grupo SilverSneakers® impartidas por un instructor certificado que se enfocan en la salud cardiovascular, el fortalecimiento muscular, la flexibilidad, la agilidad, el equilibrio y la coordinación. 	<p>Sin cargo</p>

†Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

* Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.


‡Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Eventos de educación para la salud de actividades sociales enfocadas en el bienestar general. • Acceso al sitio web www.silversneakers.com/member, una comunidad en línea segura y exclusiva para miembros con consejos de bienestar e información de apoyo para el acondicionamiento físico. • Puede inscribirse a SilverSneakers® Steps, un programa de acondicionamiento físico autodirigido para los miembros que incluye un paquete para el hogar para ayudarlo a ponerse en forma dentro o fuera de casa. <p>No se ofrece cobertura para lo siguiente: programas, servicios y centros que aplican cargos adicionales para actividades como ráquetbol, tenis y algunos deportes de cancha, terapia de masajes, lecciones para la práctica de deportes recreativos, competencias y actividades similares que implican el pago de una tarifa.</p> <p>Para obtener más información sobre SilverSneakers® y la lista de centros de acondicionamiento físico participantes de su área, llame sin costo al 1-888-423-4632 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Este) o visite www.silversneakers.com. También puede acudir a un centro de acondicionamiento físico participante y mostrar su tarjeta de membresía de Senior Advantage para inscribirse en el programa.</p> <p>Tivity Health y SilverSneakers son marcas registradas o marcas de Tivity Health, Inc. o de sus subsidiarias o afiliados en los EE. UU. o en otros países. © 2018. Todos los derechos reservados.</p>	
<p> Programas de educación para la salud y el bienestar</p> <p>Los programas de salud y bienestar incluyen control de peso, dejar de fumar, control de la diabetes, planificación para el cuidado de la vida, prediabetes y más. Nutriólogos titulados, asesores de salud, educadores certificados sobre la diabetes y otros profesionales de la salud imparten nuestras clases. Ofrecemos opciones en persona, en línea o vía telefónica para ajustarse a su estilo de aprendizaje. Comuníquese con Servicio a los Miembros para obtener más detalles. También puede consultar la información en línea en kp.org/espanol.</p>	<p>Sin cargo</p>

†Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.

‡ Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para la audición	
<ul style="list-style-type: none"> Las pruebas de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por el proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes ambulatorios cuando son proporcionadas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. 	\$0 o \$2 por consulta. ‡
<ul style="list-style-type: none"> Examen de la audición de rutina. Evaluación y ajustes de los audífonos. 	\$2 por consulta.
<ul style="list-style-type: none"> *Proporcionamos una asignación de \$1,200 por oído, cada tres años para la compra de un audífono (que incluye moldes de las orejas y cargos de dispensación asociados con la compra del audífono) cuando lo haya recetado un audiólogo o médico de la red y se obtengan a través de un proveedor de la red. Un audífono es un dispositivo electrónico que una persona utiliza para amplificar el sonido. La asignación completa por oído debe utilizarse en el punto de venta inicial. Perderá validez cualquier saldo acreedor restante después del punto de venta inicial. Los siguientes servicios y artículos no están cubiertos: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Audífonos implantados internamente. Esta exclusión de audífonos no corresponde en el caso de implantes cocleares y dispositivos auditivos externos oseointegrados cubiertos por Medicare. ◆ Piezas accesorias; mantenimiento de rutina; piezas de reemplazo; baterías; reparación de audífonos y reposición de audífonos perdidos o dañados (es posible que la garantía del fabricante cubra algunos de estos). 	<p>Si el audífono que compró cuesta más de \$1,200 por oído, usted paga la diferencia.</p>
 Detección del VIH	
<ul style="list-style-type: none"> Para las personas que soliciten una prueba de detección del VIH o que tengan un alto riesgo de tener infección por VIH, cubriremos un examen de detección cada 12 meses. En el caso de las mujeres embarazadas, cubriremos hasta tres exámenes de detección durante el embarazo. 	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para la detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.

‡Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

* Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.

‡Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidados de una agencia de atención médica a domicilio†</p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que necesita recibir estos servicios y solicitarlos a una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado a su hogar, lo que significa que salir de su hogar implica un esfuerzo enorme.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios auxiliares de salud a domicilio y de enfermería especializada de medio tiempo o intermitentes. Para que estén cubiertos por el beneficio de la atención médica a domicilio, los servicios auxiliares de salud a domicilio y de enfermería especializada deben ser superiores a 8 horas al día y a 35 horas a la semana. • Fisioterapia y terapia ocupacional y del habla. • Servicios medicosociales. • Suministros y equipo médico. 	<p>Sin cargo</p> <p>Nota: No hay costo compartido para los servicios de salud domiciliaria y los artículos provistos conforme a las pautas de Medicare. Sin embargo, se aplicará el costo compartido correspondiente que se indica en cualquier otra parte de esta Tabla de Beneficios si el artículo está cubierto por un beneficio diferente; por ejemplo, equipo médico duradero no provisto por una agencia de salud domiciliaria.</p>
<p>Terapia de infusiones en el hogar‡</p> <p>Cubrimos los suministros y los medicamentos para las infusiones en el hogar siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El medicamento recetado está en la lista de medicamentos recetados disponibles de Medicare Parte D. • Aprobamos el medicamento recetado para la terapia de infusiones en el hogar. • Tiene una receta de un proveedor de la red y la surte en una farmacia de la red de medicamentos para infusiones en el hogar. 	<p>Sin cargo</p>
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Podrá recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Reúne los requisitos para obtener el beneficio de cuidados paliativos cuando el médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal certificando que tiene una enfermedad terminal y le quedan seis meses o menos de vida si la enfermedad</p>	<p>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</p>

†Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.


‡ Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>sigue su curso normal. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o que no pertenece a la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención a domicilio. <p>*Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B relacionados con su enfermedad terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará por los servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras esté en un programa de cuidados paliativos, el proveedor de estos cuidados facturará a Original Medicare los servicios que cubra.</p> <p>Para los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B y no se relacionan con su enfermedad terminal: Si requiere servicios que no son de emergencia, no se necesitan urgentemente, están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y no se relacionan con su enfermedad terminal, el costo de estos servicios dependerá de si usa un proveedor de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, 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 de acuerdo con Medicare de Pago por Servicio (Original Medicare). <p>Para los servicios que están cubiertos por nuestro plan, pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B: Seguiremos cubriendo los servicios cubiertos por el plan, pero que no están cubiertos por la Parte A o B, sin importar si se relacionan o no con su enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido del plan para estos servicios.</p>	<p>enfermedad terminal los paga Original Medicare y no nuestro plan.</p>

† Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

* Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.

‡ Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Los medicamentos nunca están cubiertos al mismo tiempo por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5, “Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare”.</p> <p>Nota: Si necesita cuidados que no sean paliativos (atención que no se relacione con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para que organicemos los servicios.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos por Medicare Parte B incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son necesarias desde el punto de vista médico. • Vacuna contra la hepatitis B si usted presenta riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas si usted presenta riesgo y se cumplen las reglas de la cobertura de Medicare Parte B. <p>También cubrimos algunas vacunas de acuerdo con nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B.</p>
<p>Atención para pacientes hospitalizados†</p> <p>Incluye atención de problemas médicos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en que es admitido formalmente en un hospital a petición de un médico. El día anterior al alta hospitalaria es el último día como paciente hospitalizado.</p>	<p>El costo compartido se aplica a cada hospitalización. Usted paga \$0 o \$145 por día, para los días 1 a 5 de la hospitalización. ‡</p> <p>A partir de ese momento, no se aplica ningún cargo al resto de su hospitalización cubierta. Además, no paga el copago del día del alta hospitalaria mencionado anteriormente, a</p>

†Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.

‡ Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>No hay un límite en la cantidad de días o servicios hospitalarios necesarios desde el punto de vista médico que los hospitales generales de cuidados agudos proporcionan de costumbre.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada, si es necesario desde el punto de vista médico). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios normales de enfermería. • El costo de las unidades de atención especializada (como las unidades de cuidados intensivos o de terapia coronaria). • Fármacos y medicamentos. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como una silla de ruedas. • Costos de uso del quirófano y de la sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios para pacientes hospitalizados derivados del manejo médico de los síntomas de abstinencia relacionados con el abuso de sustancias (desintoxicación). • En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, de riñón, de riñón/páncreas, de corazón, de hígado, de pulmón, de corazón/pulmón, de médula ósea, de células madre y de intestino/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 de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los servicios de trasplantes de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir acudir a un centro en su área, siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si proporcionamos servicios de trasplantes en algún centro fuera del patrón de atención para trasplantes de su comunidad y usted decide recibir un 	<p>menos que sea admitido y dado de alta el mismo día.</p> <p>Si recibe atención autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital que no pertenece a la red después de que su estado de emergencia se haya estabilizado, deberá pagar el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Nota: Si el periodo de beneficios comienza en 2018 y no termina hasta 2019, el costo compartido de 2018 continuará hasta que el periodo de beneficios termine.</p>

† Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

* Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.

‡ Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>trasplante en el centro distante, haremos los arreglos necesarios para pagar los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.</p> <p>Nota: Los gastos de viaje y alojamiento deben estar autorizados por el Grupo Médico cuando un médico de la red lo refiera a un proveedor que no pertenece a la red fuera de nuestra área de servicio para recibir servicios de trasplante. Pagaremos determinados gastos que autorizaremos previamente conforme a nuestras pautas para viajes y alojamiento. Para obtener información específica sobre su situación, llame a su Coordinador de Trasplantes asignado o a las Oficinas Administrativas de Trasplantes al 1-877-895-2705 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluidos almacenamiento y administración. • Servicios de un médico. <hr/> <p>Nota: Para ser considerado un “paciente hospitalizado”, el proveedor deberá expedir una orden para que lo admitan formalmente como paciente hospitalizado. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún pueda considerarse un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es Usted un Paciente Hospitalizado o Ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” (Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!). Puede obtener esta hoja informativa en la Web en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin costo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	

†Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.



‡ Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados† Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieran hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos hasta 190 días de por vida para hospitalizaciones en un hospital psiquiátrico certificado por Medicare. La cantidad de días de hospitalización cubiertos de por vida se reduce por el número de días como paciente hospitalizado para el tratamiento de salud mental previamente cubierto por Medicare en un hospital psiquiátrico. • El límite de 190 días no se aplica a las estadías de salud mental en la unidad psiquiátrica de un hospital general. 	<p>El costo compartido se aplica a cada hospitalización. Usted paga \$0 o \$145 por día, para los días 1 a 5 de la hospitalización. ‡</p> <p>A partir de ese momento, no se aplica ningún cargo al resto de su hospitalización cubierta. Además, no paga el copago mencionado anteriormente el día del alta hospitalaria, a menos que sea admitido y dado de alta el mismo día.</p> <p>Nota: Si el periodo de beneficios comienza en 2018 y no termina hasta 2019, el costo compartido de 2018 continuará hasta que el periodo de beneficios termine.</p>
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta† Si ya ha agotado sus beneficios de salud mental como paciente hospitalizado o en centros de enfermería especializada (SNF), o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no le ofreceremos cobertura para su hospitalización o estadía en un SNF. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que usted reciba mientras esté en un hospital o SNF. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de un médico. • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio). <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pruebas de laboratorio. ◆ Radiografías y ecografías. • Radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico. 	<p>Deberá pagar lo siguiente por los servicios cubiertos para pacientes ambulatorios y otros artículos que cubre Medicare Parte B cuando los proporcionan proveedores del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 o \$2 por consulta. ‡ <p>Sin cargo</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 o \$1 por radiografía terapéutica. ‡

†Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

* Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.

‡Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros aparatos usados para curar fracturas y luxaciones. • Aparatos protéticos u ortopédicos (que no sean dentales) que reemplacen parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que sea inoperante o disfuncional permanentemente, incluidos el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos. • Aparatos ortopédicos de piernas, brazos, espalda y cuello; fajas, y piernas, brazos y ojos artificiales (incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos requeridos a causa de rotura, desgaste, pérdida o algún cambio en la condición física del paciente). 	<p>Coseguro del 0 % o del 20 %. †</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. 	<p>\$0 o \$2 por consulta. †</p>
<p> Terapia médica de nutrición</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (de los riñones) (pero que no reciban diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando lo ordene el médico.</p> <p>Cubrimos tres horas de servicios de orientación individual durante el primer año que reciba los servicios de terapia médica nutricional por parte de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y dos horas cada año subsiguiente. Si la condición, el tratamiento o el diagnóstico cambian, usted podrá recibir más horas de tratamiento mediante una orden del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento seguirá siendo necesario en el siguiente año calendario.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos de los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios de MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios de Medicare que reúnen los requisitos para todos los planes de salud de Medicare.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.</p>

† Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

* Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.


‡ Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>El MDPP es una intervención estructurada para cambios del comportamiento relacionado con la salud que proporciona capacitación práctica en cambios alimentarios a largo plazo, aumento en la actividad física y estrategias de solución de problemas para superar los desafíos relacionados con el mantenimiento de la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B†</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros del plan reciben cobertura para estos medicamentos por medio de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos que, en general, no se autoadministra el paciente y que se inyectan o administran mediante infusión cuando el paciente recibe servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro quirúrgico ambulatorio. • Los medicamentos que usted toma mientras usa equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) que hayan sido autorizados por nuestro plan. • Factores de coagulación que se administra usted mismo por medio de inyección, si padece hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A en el momento del trasplante del órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene una fractura que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. • Antígenos. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas. • Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestésicos de aplicación tópica y agentes de estimulación de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetina Alfa, Aranesp® o Darbepoetina Alfa). <p>Sin cargo para los medicamentos de Medicare Parte B cuando se requiere la administración u observación por parte del personal médico y cuando son administrados por un proveedor de la red.</p> <p>Para el resto de los medicamentos de Medicare Parte B incluidos en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, debe pagar lo siguiente por un suministro de hasta 30 días, cuando los obtiene de una farmacia de la red.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 o \$3 medicamentos genéricos. ‡ • \$0 o \$3 medicamentos de marca. ‡ 	

†Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

* Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.

‡Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades primarias de deficiencia inmunitaria. <p>Nota: En el Capítulo 5, se explica el beneficio de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que se deben seguir para que las recetas estén cubiertas. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p>	
<p> Detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso constante</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, le ofrecemos cobertura para el asesoramiento intensivo con el fin de ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento tiene cobertura si lo recibe en un centro de atención médica primaria en el que pueda coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o médico de cabecera para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible alguno para la detección y la terapia preventiva de la obesidad.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio. • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Radiografías y ecografías. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • †Suministros quirúrgicos, como vendajes. • †Férulas, yesos y otros aparatos usados para curar fracturas y luxaciones. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y suministros del técnico. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Imágenes por resonancia magnética (IRM), tomografías computarizadas (TC) y tomografías por emisión de positrones (TEP). 	<p>Sin cargo</p> <hr/> <p>Coseguro del 0 % o 20 %. ‡</p> <hr/> <p>\$0 o \$1 por radiografía terapéutica. ‡</p> <hr/> <p>\$0 o \$1 por procedimiento, por parte del cuerpo examinada. ‡</p>

†Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.

‡ Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Ofrecemos cobertura para los servicios necesarios desde el punto de vista médico que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o una lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios†, como servicios de observación o cirugía ambulatoria†. 	<p>\$0 o \$90 por consulta al Departamento de Emergencias, excepto si queda hospitalizado. ‡</p> <p>\$0 o \$145 por consulta para cirugías ambulatorias o por procedimiento ambulatorio. ‡</p> <p>Hospitalizaciones para observación (como paciente ambulatorio)</p> <p>No se aplica ningún cargo cuando lo admiten en el hospital como paciente ambulatorio para observación.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • †Radiografías y pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. 	<p>Sin cargo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • †Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin dicha atención sería necesario un tratamiento como paciente hospitalizado. 	<p>\$0 o \$2 por día. ‡</p>
<ul style="list-style-type: none"> • †Otros servicios de radiología facturados por el hospital. 	<p>Para IRM, TC o TEP, usted paga \$0 o \$1 por procedimiento, por parte del cuerpo examinada. ‡</p> <p>Para la radioterapia, usted paga \$0 o \$1 por radiografía terapéutica. ‡</p>
<ul style="list-style-type: none"> • †Suministros médicos, como férulas y yesos. • †Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse. 	<p>Coseguro del 0 % o 20 % ‡</p>
<p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará las cantidades de costo compartido</p>	

†Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

* Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.

‡Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que usted siga siendo considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si lo consideran paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es Usted un Paciente Hospitalizado o Ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Puede obtener esta hoja informativa en la Web en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin costo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con certificación estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especialista, enfermero con práctica médica, asistente médico u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo estipulado por las leyes estatales correspondientes. 	<p>Sin cargo</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en diversos centros de atención ambulatoria, como el área de pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF). 	<p>\$0 o \$2 por consulta. ‡</p>
<p>Servicios para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Brindamos servicios de tratamiento y asesoramiento para el diagnóstico y tratamiento del abuso de sustancias (lo que incluye consultas de terapia individual y grupal).</p>	<p>\$0 o \$2 por consulta. ‡</p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios ambulatorios† y centros quirúrgicos ambulatorios</p>	<p>\$0 o \$145 por cirugía ambulatoria realizada en cualquier centro para pacientes</p>

†Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.

‡ Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Nota: Si le van a practicar alguna cirugía en centro hospitalario, le sugerimos verificar con el proveedor si lo considerarán un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará las cantidades del costo compartido correspondientes para la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que usted siga siendo considerado un paciente ambulatorio.</p>	<p>ambulatorios, incluido el consultorio médico. ‡</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial†</p> <p>“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona en un centro hospitalario ambulatorio o en un centro de salud mental comunitario. Este programa es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>Nota: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.</p>	<p>\$0 o \$2 por día. ‡</p>

†Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

* Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.

‡Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.


Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de un médico o profesional de atención de salud, incluidas las visitas al consultorio del médico. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios desde el punto de vista médico proporcionados en un consultorio médico, centro de cirugía ambulatoria, departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o en cualquier otro lugar. • Consultas, diagnóstico y tratamiento por un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio hechos por un proveedor de la red, si su médico lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radioterapia para una enfermedad neoplásica o los servicios que tendrían cobertura si los proporcionase un médico). 	<p>\$0 o \$2 por consulta. ‡ \$0 o \$145 por cirugía ambulatoria. ‡</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Consultas en videos interactivos 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 puede proporcionar atención en este formato según lo determine un proveedor de la red. 	<p>Sin cargo</p>

<p>Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen:</p>	<p>Visitas al consultorio médico Usted paga \$0 o \$2 por consulta. ‡ Cirugía para pacientes ambulatorios</p>
---	---

‡Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.


‡ Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón de talón). • Atención de rutina de los pies para miembros con ciertos padecimientos médicos que afectan las extremidades. 	<p>Usted paga \$0 o \$145 por cirugía ambulatoria realizada en cualquier centro para pacientes ambulatorios, incluido el consultorio médico. ‡</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos el cuidado rutinario adicional de los pies no cubierto por Medicare, que incluye el corte o la extracción de callos o callosidades, el corte de las uñas (incluso de uñas micóticas) y otros cuidados de mantenimiento higiénico y preventivo de los pies. Consulte su Directorio de Proveedores para encontrar un proveedor. 	<p>Sin cargo para hasta 4 consultas por año calendario.</p>
<p> Exámenes de detección del cáncer de próstata Para los hombres de 50 años en adelante, los siguientes servicios están cubiertos cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de tacto rectal. • Prueba del antígeno prostático específico (PSA). 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la prueba anual de tacto rectal o la prueba del PSA.</p>
<p>Aparatos protésicos y suministros relacionados† Aparatos (que no sean dentales) que reemplacen completa o parcialmente partes o funciones del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, los siguientes: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, abrazaderas, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluido el sostén quirúrgico después de una mastectomía). Se incluyen ciertos suministros relacionados con los aparatos protésicos y la reparación o el reemplazo de estos aparatos. También incluye cierta cobertura posterior a la extirpación o a la cirugía de catarata (para obtener más información, consulte el apartado “Atención de la vista” más adelante en esta sección).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 0 % o 20 % para suministros, prótesis y aparatos ortopédicos externos, incluidos los suministros para curar heridas. ‡ • Los aparatos protésicos internos implantados quirúrgicamente se ofrecen sin cargo.

†Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

* Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.


‡Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y que cuentan con una orden de rehabilitación pulmonar por parte del médico tratante de su enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>\$0 o \$2 por consulta. ‡</p>
<p> Examen de detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de detección de abuso en el consumo de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las embarazadas) que sufran de abuso en el consumo de alcohol, pero no tengan dependencia del alcohol.</p> <p>Si los resultados de la pruebas de consumo de alcohol son positivos, podrá acceder a un máximo de cuatro breves sesiones personalizadas de asesoramiento por año (si se muestra competente y alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico o profesional de atención primaria en un entorno de atención médica primaria.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los exámenes y asesoramiento cubiertos por Medicare por el beneficio preventivo para reducir el abuso de alcohol.</p>

‡Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.


‡ Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Detección de cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)</p> <p>Para personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los miembros que reúnen los requisitos son personas de 55 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 30 años o que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre detección del cáncer del pulmón y de toma compartida de decisiones que cumple con los requisitos de Medicare para dichas consultas y que está a cargo de un médico o un profesional de la salud calificado que no es un médico. • Para las pruebas de detección del cáncer de pulmón mediante LDCT después de la LDCT inicial, el miembro debe recibir una orden por escrito para una prueba de detección del cáncer del pulmón mediante LDCT, que puede realizar un médico o un profesional de la salud calificado que no es un médico durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o un profesional de atención de la salud no médico calificado decide realizar una consulta de asesoramiento sobre detección del cáncer del pulmón y toma compartida de decisiones para las siguientes pruebas de detección del cáncer del pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir con los requisitos de Medicare para dichas consultas. 	<p>No se aplican coseguros, copagos ni deducibles a las sesiones de asesoramiento y las consultas para la toma de decisión conjunto cubiertas por Medicare ni la LDCT.</p>

†Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

* Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.

‡Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para embarazadas y algunas personas que tienen mayor riesgo de contraer una ETS cuando un médico de cabecera las ordena. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones individuales de asesoramiento de conducta, de 20 a 30 minutos, cara a cara y de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos que tienen mayor riesgo de contraer una ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las proporciona un médico de cabecera y si se llevan a cabo en un centro de atención médica primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección de ETS y asesoramiento sobre ETS para prevenirlas.</p>
<p>Servicios para tratar las enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación de la enfermedad renal para que los miembros conozcan el tema y tomen decisiones informadas acerca de su atención. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • †Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se lo admite como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial). 	<p>\$0 o \$2 por consulta. ‡</p> <p>No se cobrarán cargos adicionales por los servicios recibidos durante las hospitalizaciones. Consulte la sección “Atención para pacientes hospitalizados” de esta Tabla de Beneficios para conocer los costos compartidos correspondientes a las hospitalizaciones.</p>

† Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

* Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.


‡ Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3). • 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). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información acerca de la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos recetados de Medicare Parte B”.</p>	<p>Coseguro del 0 % o del 20 %. ‡</p>
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)† (Para leer la definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este folleto. Los centros de enfermería especializada también se conocen como “SNF”).</p> <p>Cubrimos hasta 100 días por periodo de beneficios de servicios especializados para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada de acuerdo con las pautas de Medicare (no se requiere una hospitalización previa). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada, si es necesario desde el punto de vista médico). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia y terapia ocupacional y del habla. 	<p>Por periodo de beneficios, usted paga lo siguiente por día:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 por día, para los días 1 a 20. • \$0 o \$100 por día, para los días 21 a 54. ‡ • \$0 para los días 55 a 100. <p>El periodo de beneficios comienza el primer día en que usted va a un hospital para pacientes hospitalizados o a un centro de enfermería especializada (SNF) con cobertura de Medicare. El periodo de beneficios finaliza cuando transcurren 60 días calendario seguidos sin que esté internado en un hospital o una</p>

†Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

* Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.

‡Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que se le administren como parte de su plan de salud (esto incluye sustancias que están presentes de manera natural en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea). • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados generalmente por los SNF. • Pruebas de laboratorio proporcionadas normalmente por los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados usualmente por los SNF. • Uso de aparatos, como las sillas de ruedas, proporcionados, por lo general, por los SNF. • Servicios de un médico general o de cabecera. <p>Por lo general, usted recibirá atención en un SNF de la red. Sin embargo, según las condiciones que se mencionan más adelante, es posible que usted obtenga atención en un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar para ancianos o una comunidad de retiro de atención continua en la que usted haya vivido justo antes de que fuera al hospital (siempre y cuando esta proporcione atención de un centro de enfermería especializada). • Un SNF en el que su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted deje el hospital. 	<p>instalación de enfermería especializada.</p> <p>Nota: Si el periodo de beneficios comienza en 2018 y no termina hasta 2019, el costo compartido de 2018 continuará hasta que el periodo de beneficios termine.</p>
<p> Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p>Si usted consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco: Cubriremos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento en un periodo de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas cara a cara.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible alguno a los beneficios preventivos para dejar de consumir tabaco y dejar de fumar cubiertos por Medicare.</p>

†Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.

‡ Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Si usted consume tabaco y se le ha diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que pueda resultar afectado por el tabaco: Cubriremos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubriremos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento en un periodo de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas cara a cara.</p>	
<p>Terapia Supervisada de Ejercicio (SET)</p> <p>La SET está cubierta para los miembros que padecen la enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática y tienen una referencia por EAP del médico responsable del tratamiento de la EAP.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones a lo largo de un periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones que duren de 30 a 60 minutos, que incluyan un programa de ejercicio o entrenamiento terapéutico para la EAP dirigido a los pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Ofrecerle el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superan los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicio para la EAP. • Estar bajo supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. <p>Nota: La SET puede estar cubierta, durante un periodo prolongado, por 36 sesiones adicionales a las 36 sesiones a lo largo de 12 semanas si un proveedor de atención médica lo considera necesario desde el punto de vista médico.</p>	<p style="text-align: right;">\$0 o \$2 por consulta. ‡</p>
<p>Servicios de urgencia</p>	<p>Departamento de Emergencias</p>

† Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

* Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.


‡ Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Los servicios de urgencia son aquellos que se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores que no pertenecen a la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles temporalmente o no se pueda acceder a ellos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, algún desastre mayor). • Fuera del área de servicio: Usted cuenta con cobertura de atención de urgencia en todo el mundo cuando viaja en caso de que necesite atención médica inmediata por alguna enfermedad o lesión imprevista y si cree razonablemente que su salud podría deteriorarse gravemente si retrasa el tratamiento hasta volver a su área de servicio. <p>El costo compartido por servicios urgentes necesarios provistos fuera de la red es el mismo que el de los servicios provistos dentro de la red.</p> <p>Consulte la Sección 3 del Capítulo 3 para obtener más información.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 o \$90 por consulta en el Departamento de Emergencias. † <p>Los servicios que se reciban en un departamento (o centro) de atención de urgencia de la red, en casa, y la atención de urgencia cubierta fuera de la red.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 o \$2 por consultas en otras instalaciones. ‡
<p>Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento por degeneración macular relacionada con la edad. • Para las personas con diabetes, se cubre, una vez por año, una prueba de detección de retinopatía diabética. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare no cubre los exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto. Sin embargo, nuestro plan sí cubre los siguientes exámenes: 	<p>\$0 o \$2 por consulta. ‡</p> <p>\$2 por consulta.</p>

†Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.


‡ Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Exámenes de la vista de rutina (exámenes de refracción ocular) para determinar si es necesario corregir la vista y recetar anteojos. 	
<ul style="list-style-type: none"> ●  Para las personas con un riesgo alto de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma al año. Las personas con riesgo alto de glaucoma incluyen a las personas que tienen antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos mayores de 50 años y los hispanos mayores de 65 años. 	<p>Sin cargo</p> <p>No hay costo compartido para esta atención preventiva. Sin embargo, el costo compartido correspondiente descrito en esta Tabla de Beneficios se aplicará a los servicios no preventivos que usted reciba durante la consulta o posteriormente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular. (Si se le practican dos operaciones diferentes de cataratas, no puede acumular el beneficio de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). ● Anteojos y lentes correctivos (y su reemplazo) necesarios después de una operación de cataratas sin implante de lentes. 	<p>Sin cargo por artículos para la visión de conformidad con las pautas de Medicare.</p> <p>Nota: Si los artículos para la visión que compra cuestan más que el costo que cubre Medicare, usted deberá pagar la diferencia. No obstante, los miembros pueden usar la asignación para artículos para la visión que se describe más adelante para pagar la diferencia, si dicha asignación no se usó en los últimos 24 meses.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● *Proporcionamos una asignación de \$200 para el precio de compra de anteojos, armazones o lentes de contacto (excepto los cargos de adaptación y entrega) una vez cada dos años si se compra en una óptica contratada. <ul style="list-style-type: none"> ◆ Los artículos para la visión deben estar recetados por un optometrista o un oftalmólogo y deben comprarse en una óptica que tenga contrato con la red. ◆ No otorgaremos la asignación para cristales ni armazones (aunque estén cubiertos de otra forma) si ya se proporcionó 	<p>Si los artículos para la visión que compra cuestan más de \$200, usted deberá pagar la diferencia.</p>

†Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

* Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.

‡Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>una en los 24 meses anteriores. La asignación puede utilizarse solo en el punto de venta inicial. Si no usa la totalidad de su asignación en el punto de venta inicial, no puede usarla más adelante.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ El precio de compra de los artículos para la visión se basa en el costo de venta al por menor de Kaiser Permanente. ● Los siguientes artículos no están cubiertos: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Armazones industriales. ◆ Lentes y anteojos de sol sin valor refractivo. Esta exclusión no se aplica a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Lentes correctores transparentes si solo necesita corrección un ojo. ◆ 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, rotos o dañados. ◆ Adornos para los anteojos y lentes de contacto, como grabados, facetados y aplicaciones de joyas. ◆ Artículos para la visión que no requieran una receta por ley (que no sean armazones para anteojos), como sujetadores o estuches para anteojos y kits de reparación. 	
<p> Consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare”</p> <p>Cubrimos una consulta preventiva única de “Bienvenido a Medicare”. Esta consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas determinadas pruebas de detección e inyecciones) y referencias para otro tipo de atención si es necesaria.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses después de contratar Medicare Parte B. Cuando haga la cita con el médico, coménteles que desea programar la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible alguno para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>

† Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

* Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.

‡ Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Nota: Consulte el Capítulo 1 (Sección 7) y el Capítulo 11 para informarse acerca de la coordinación de beneficios que se aplica a todos los servicios cubiertos descritos en esta Tabla de Beneficios.</p>	

SECCIÓN 3. ¿Cuáles son los servicios cubiertos fuera de nuestro plan?

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por nuestro plan

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

- Todo medicamento cubierto por Medicaid que no está cubierto por Medicare Parte B o Parte D.
- Atención dental.
- Anteojos.
- Servicios de centros de salud que cumplen con los requisitos federales.
- Transporte para recibir atención médica.
- Servicios de clínica de salud rural.
- **Nota: Esta no es una lista completa.** Comuníquese con su agencia estatal de Medicaid para obtener detalles completos acerca de lo que cubre y no cubre su plan de Medicaid, incluido el tipo de plan (por ejemplo, cargo por servicio o plan de atención médica administrada). Además, si recibe servicios cubiertos por Medicaid de un proveedor de la red que no está cubierto por nuestro plan, deberá mostrar su tarjeta de Medicaid cuando reciba dichos servicios.

†Su proveedor debe obtener autorización previa por parte de nuestro plan.

* Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de su desembolso máximo.

‡Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada.

SECCIÓN 4. ¿Cuáles son los servicios que no cubre nuestro plan?

Sección 4.1 Servicios no cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

En esta sección, le informamos qué beneficios están “excluidos”. Excluidos significa que no los cubrimos.

En el siguiente cuadro se describen algunos de los servicios y artículos que no están cubiertos por nuestro plan en ninguna circunstancia o que están cubiertos por nuestro plan únicamente bajo ciertas condiciones específicas.

No pagaremos los servicios médicos incluidos en la siguiente tabla, excepto en los casos determinados que se indican. La única excepción por la que pagaremos un servicio de la siguiente tabla es cuando, a través de una apelación, se determine que tal servicio médico debió haber sido pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en la Tabla de Beneficios o en la siguiente tabla.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios que se considere que no son razonables ni necesarios según los estándares de Original Medicare.		<p style="text-align: center;">√</p> Esta exclusión no se aplica a los servicios o artículos que no están cubiertos por Original Medicare pero están cubiertos por nuestro plan.
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos y productos experimentales son aquellos que, según nuestro plan y Original Medicare, la comunidad médica generalmente no acepta. 		<p style="text-align: center;">√</p> Pueden estar cubiertos por Original Medicare en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o cubiertos por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital.		<p style="text-align: center;">√</p> Servicio con cobertura solo cuando es necesario desde el punto de vista médico.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en situaciones específicas
Artículos personales en su habitación del hospital o de un centro de enfermería especializada, tal como un teléfono o un televisor.	√	
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.	√	
<p>La atención de custodia es atención personal que se proporciona en un hogar para ancianos, centro de cuidados paliativos u otro centro de atención cuando no requiere atención médica o de enfermería especializadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La atención de custodia es atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con actividades de la vida diaria, por ejemplo, bañarse o vestirse. 	√	

Servicios de tareas domésticas, incluida la asistencia con las tareas domésticas básicas, como hacer una limpieza rápida o preparar comidas sencillas.	√	
Las tarifas que cobran sus familiares inmediatos o los miembros de su hogar.	√	
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 dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.	√	
Atención dental que no es de rutina		√ El cuidado dental necesario para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierto como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
Atención quiropráctica de rutina		√ La manipulación de la columna vertebral para corregir la subluxación tiene cobertura.
Comidas con entrega a domicilio.	√	
Zapatos ortopédicos.		√ Si los zapatos forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y se incluyen en el costo del aparato

		ortopédico o si son para una persona con pie diabético.
Dispositivos de soporte para los pies.		√ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que tienen una enfermedad de pie causada por la diabetes.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para la visión disminuida.	√	
Procedimientos para revertir la esterilización y suministros anticonceptivos que no requieren receta médica.	√	
Acupuntura.	√	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	√	
Servicios de enfermería privada.	√	
Servicios o procedimientos electivos 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.
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.

<p>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.</p>		<p style="text-align: center;">√</p> <p>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.</p>
<p>Cirugía que, a juicio de un médico de la red que se especialice en cirugía reconstructiva, ofrezca solo una mejora mínima de la apariencia. Cirugía que se realiza para modificar o cambiar la forma de las estructuras normales del cuerpo a fin de mejorar la apariencia.</p>	<p>√</p>	
<p>Lentes intraoculares (IOL) no convencionales después de una cirugía de cataratas (por ejemplo, IOL para corregir la presbicia).</p>		<p style="text-align: center;">√</p> <p>Puede solicitar y podríamos brindarle la inserción de un IOL para corregir la presbicia o un IOL para corregir el astigmatismo después de una cirugía de cataratas en lugar de un IOL convencional. Sin embargo, debe pagar la diferencia entre los Cargos del Plan por el la inserción del IOL no convencional y los servicios relacionados, y los Cargos del Plan por la inserción de un IOL convencional después de una cirugía de cataratas.</p>
<p>Donaciones dirigidas de sangre.</p>	<p>√</p>	
<p>Masoterapia.</p>		<p style="text-align: center;">√</p> <p>Servicio cubierto cuando se indica como parte del programa de</p>

		fisioterapia de acuerdo con las pautas de Medicare.
Traslado en avión, automóvil, taxi, autobús, camioneta equipada para el transporte en camilla o silla de ruedas y cualquier otro medio de transporte (excepto una ambulancia autorizada), aunque sea el único medio de transporte para visitar a un proveedor de la red.	√	
Servicios autorizados de ambulancia sin transporte		√ Cubiertos si la ambulancia lo transporta a usted o si está cubierto por Medicare.
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 periodo de prueba.		√ Cubiertos si un médico de la red determina que los servicios son de atención preventiva adecuada desde el punto de vista médico.
Servicios relacionados con servicios o artículos que no tienen 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 sin aprobación federal de la Administración de Alimentos y Medicamentos. Medicamentos, suplementos,		√ Esta exclusión se aplica a los servicios proporcionados en cualquier parte, incluso fuera de EE. UU. No se aplica a ensayos

pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radioactivos y cualquier otro servicio que por ley deba contar con la aprobación federal de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para su venta en EE. UU., pero que no cuente con tal aprobación.		clínicos cubiertos por Medicare ni a la atención de emergencia cubierta que usted reciba fuera de EE. UU.
---	--	---

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1. Introducción	92
Sección 1.1 En este capítulo, se describe la cobertura de medicamentos de la Parte D	92
Sección 1.2 Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan	93
SECCIÓN 2. Cómo surtir las recetas en una farmacia de la red o por medio de nuestro servicio de venta por correo	94
Sección 2.1 Use una farmacia de la red para que la receta esté cubierta	94
Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red	94
Sección 2.3 Cómo usar nuestros servicios de pedidos por correo	95
Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?	96
Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no pertenece a nuestra red?	96
SECCIÓN 3. Sus medicamentos deben estar en nuestra “Lista de Medicamentos”	98
Sección 3.1 La “Lista de Medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	98
Sección 3.2 ¿Cómo averiguar si un medicamento específico está incluido en nuestra Lista de Medicamentos?	99
SECCIÓN 4. Algunos medicamentos tienen restricciones de cobertura	99
Sección 4.1 ¿Por qué se aplican restricciones a algunos medicamentos?	99
Sección 4.2 ¿Cuáles son los tipos de restricciones?	100
Sección 4.3 ¿Alguna de las restricciones mencionadas se aplica a sus medicamentos?	100
SECCIÓN 5. ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto como a usted le gustaría?	101
Sección 5.1 Hay ciertas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como a usted le gustaría	101
Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido de alguna manera?	101
SECCIÓN 6. ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?	103
Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año	103

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para un medicamento que está usando?	104
SECCIÓN 7. ¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos por el plan?	105
Sección 7.1 Tipos de medicamentos sin cobertura	105
SECCIÓN 8. Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta	107
Sección 8.1 Presente su tarjeta de membresía.....	107
Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva su tarjeta de membresía?.....	107
SECCIÓN 9. Cobertura para medicamentos de la Parte D en circunstancias especiales.....	107
Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted está internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada y nuestro plan cubre su estadía?	107
Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)?	108
Sección 9.3 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?.....	108
SECCIÓN 10. Programas sobre la seguridad de los medicamentos y su administración	109
Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura.....	109
Sección 10.2 Programa de Control de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a consumir sus medicamentos opioides de forma segura	109
Sección 10.3 Programa de Administración del Tratamiento con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos.....	110



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

La mayoría de nuestros miembros califican y reciben “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de los medicamentos recetados del plan. Si está en un programa de “Ayuda adicional”, **cierta información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no aplica para usted.** Le enviamos un documento por separado llamado “Cláusula de la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también conocida como “Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos” [LIS] o “Cláusula LIS”), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no ha recibido esta cláusula, llame al Servicio a los Miembros y pida la “Cláusula LIS”. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros figuran en la contraportada de este folleto.

SECCIÓN 1. Introducción

Sección 1.1 En este capítulo, se describe la cobertura de medicamentos de la Parte D

En este capítulo, se explican las reglas para el uso de la cobertura de medicamentos de la Parte D. En el siguiente capítulo, le informaremos cuánto tiene que pagar por sus medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, “Lo que paga por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D”).

Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, también cubrimos ciertos medicamentos de acuerdo con los beneficios médicos de nuestro plan. Mediante la cobertura de beneficios de Medicare Parte A, por lo general, cubrimos los medicamentos que le sean administrados durante estadías cubiertas en hospitales o centros de enfermería especializada. Mediante la cobertura de los beneficios de Medicare Parte B, cubrimos determinados medicamentos para quimioterapia, ciertas inyecciones aplicadas durante una visita al consultorio médico y los medicamentos administrados en un centro de diálisis. El Capítulo 4, “Tabla de Beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)”, le informa sobre los beneficios y costos de los medicamentos administrados durante estadías cubiertas en hospitales o centros de enfermería especializada, y los beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Es posible que Original Medicare cubra sus medicamentos si usted se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Solo cubrimos los servicios y medicamentos de Medicare Parte A, B y D que no se asocien con su pronóstico terminal ni afecciones relacionadas. Por consiguiente, estos no están cubiertos por los beneficios de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.3 de este capítulo, “Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare”. Para obtener información sobre la cobertura de cuidados paliativos, consulte la sección de cuidados paliativos del Capítulo 4, “Tabla de Beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)”.

En las siguientes secciones, se analiza la cobertura de medicamentos según las reglas del beneficio de la Parte D de nuestro plan. En la Sección 9 de este capítulo, “Cobertura de

medicamentos de la Parte D en situaciones especiales”, se incluye más información sobre la cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, se brinda cobertura para algunos medicamentos recetados conforme a los beneficios de Health First Colorado (Medicaid). Comuníquese con el programa Health First Colorado (Medicaid) para conocer qué medicamentos están cubiertos por Health First Colorado (Medicaid) (consulte el Capítulo 2 para obtener la información de contacto) o visite <https://www.healthfirstcolorado.com/es/>.

Sección 1.2 Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan

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

- Un proveedor (un médico, dentista u otra persona que pueda recetar) debe emitir la receta.
- Quien le hace la receta debe aceptar Medicare o presentar documentación ante los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que demuestre que está calificado para hacer recetas o se negará su reclamo de la Parte D. La próxima vez que hable por teléfono o visite a la persona que le hace la receta debe preguntarle si cumple con este requisito. Si no lo hace, tenga en cuenta que a esta persona le llevará un tiempo presentar la documentación necesaria para que sea procesada.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir sus medicamentos de venta con receta (Consulte la Sección 2. “Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de venta por correo de nuestro plan”).
- Su medicamento debe estar en la **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente 2019** (llamada “Lista de Medicamentos”, en forma abreviada). (Consulte la Sección 3, “Los medicamentos deben estar incluidos en nuestra Lista de Medicamentos”).
- El medicamento debe utilizarse según una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Una “indicación aceptada desde el punto de vista médico” es un uso del medicamento que ha sido aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos de Estados Unidos o sustentado por determinadas fuentes de referencia (consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación aceptada desde el punto de vista médico).

SECCIÓN 2. Cómo surtir las recetas en una farmacia de la red o por medio de nuestro servicio de venta por correo

Sección 2.1 Use una farmacia de la red para que la receta esté cubierta

En la mayoría de los casos, las recetas solo serán cubiertas si las surte en las farmacias de la red (consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubrimos recetas surtidas en farmacias que no pertenecen a la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para suministrarle sus medicamentos de venta con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos de la Parte D que están cubiertos en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el **Directorio de Farmacias**, visitar nuestro sitio web (kp.org/directory) o llamar a Servicios a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Si cambia de una farmacia dentro de la red a otra y necesita surtir un medicamento que ya ha estado tomando, puede pedir que su proveedor le dé una nueva receta o que transfieran su receta actual a la nueva farmacia de la red.

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

Si la farmacia que ha estado usando deja de formar parte de la red de nuestro plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que pertenezca a nuestra red. Para ubicar otra farmacia de la red en su área, puede pedir ayuda a Servicios a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o consultar el **Directorio de Farmacias**. También puede encontrar información en nuestro sitio web, en kp.org/directory.

¿Qué debe hacer si necesita una farmacia especializada?

En algunas ocasiones, las recetas deben surtirse en una farmacia especializada, entre las que se incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapias de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidados a largo plazo (LTC). En general, los centros de cuidados a largo plazo (como los hogares para ancianos) tienen su propia farmacia. Si se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que usted pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D mediante nuestra

red de farmacias LTC, las cuales son las farmacias que el centro LTC usa comúnmente. Si tiene problemas para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios a los Miembros.

- Farmacias del Programa de Servicios de Salud para la Población Indígena en Centros Indígenas, Tribales o Urbanos (no disponibles en Puerto Rico). A menos que se trate de una emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red. Las farmacias en Centros Indígenas, Tribales o Urbanos (I/T/U) deben estar dentro de nuestra área de servicio.
- Farmacias que surten medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren una manipulación, coordinación de proveedores o educación especiales para su uso.

Nota: Esta situación no es frecuente.

Para ubicar una farmacia de la red, consulte el **Directorio de Farmacias** o llame a Servicios a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 2.3 Cómo usar nuestros servicios de pedidos por correo

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

Para utilizar nuestro servicio de venta por correo, debe ordenar un suministro para por lo menos 30 días y no más de 90 días.

Para obtener información sobre cómo surtir las recetas por correo, llame a Servicios a los Miembros. Usted puede, de manera conveniente, ordenar que le surtan sus recetas de las siguientes maneras:

- Regístrese y ordene de manera segura en línea en **kp.org/refill**.
- Comuníquese con nuestro servicio de venta por correo al **303-326-6777** o a la línea telefónica sin cargo al **1-866-523-6059 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.
- Llame al número resaltado que se indica en la etiqueta de su medicamento y siga las indicaciones. Asegúrese de seleccionar la opción de entrega por correo cuando se lo pidan.
- Envíe por correo su solicitud de resurtido de medicamentos o renovación de recetas en un formulario de orden por correo disponible en cualquier farmacia de la red de Kaiser Permanente.

Si solicita el resurtido por correo en línea, por teléfono o por escrito, debe pagar el costo compartido al realizar el pedido (en el caso del servicio normal de venta por correo, 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 se puede surtir por correo o consulte nuestra Lista de Medicamentos para obtener información sobre el tipo de medicamentos que pueden enviarse por correo.

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

En general, un pedido de medicamentos por correo no tardará más de 10 días en llegar a usted. Si una receta por correo se demora, llame al número que se indica arriba o que se encuentra en la etiqueta de la botella del medicamento recetado para solicitar asistencia. Además, si no puede esperar que su receta de medicamento recetado llegue desde nuestra farmacia de pedidos por correo, puede obtener un suministro de urgencia si llama a la farmacia de la red local que se indica en su **Directorio de Farmacias** o en **kp.org/directory**. Tenga en cuenta que pagará más si obtiene un suministro de 90 días de la farmacia de la red en lugar de nuestra farmacia de pedidos por correo.

Resurtidos de recetas por correo. Para los resurtidos, comuníquese con su farmacia 10 días antes de que piense que se agotarán los medicamentos para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informarle a esta los medios preferidos de contacto. Cuando haga su pedido, proporcione su información de contacto actual en caso de que necesitemos comunicarnos con usted.

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

Nuestro plan ofrece dos formas de recibir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en nuestra Lista de Medicamentos. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de manera regular para tratar una enfermedad médica crónica o de largo plazo. Puede solicitar este suministro mediante orden por correo (consulte la Sección 2.3 de este capítulo) o puede dirigirse a una farmacia minorista.

1. Algunas farmacias de venta al por menor de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de los medicamentos de mantenimiento. En el Directorio de Farmacias, puede consultar qué farmacias de nuestra red pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
2. Para obtener determinados medicamentos, puede utilizar el servicio de venta por correo de nuestro plan. Los medicamentos disponibles mediante el servicio de venta por correo están catalogados como medicamentos “de venta por correo” en la Lista de Medicamentos. Para utilizar nuestro servicio de venta por correo, debe ordenar un suministro para por lo menos 30 días y no más de 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo usar nuestros servicios de pedidos por correo.

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

En ciertas circunstancias, su receta médica puede tener cobertura

En general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando no le haya sido posible usar una farmacia dentro de la red. Para ayudarlo, trabajamos con farmacias de la red fuera del área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.

Si no puede usar una farmacia de la red, cubriríamos los medicamentos recetados surtidos en una farmacia fuera del plan en las siguientes circunstancias:

- Si usted está viajando dentro de Estados Unidos o sus territorios, pero fuera de nuestra área de servicio y se enferma o se le acaban sus medicamentos recetados de la Parte D, cubriremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red bajo circunstancias limitadas y fuera de rutina, de acuerdo con lo establecido en las pautas de nuestro formulario de medicamentos de Medicare Parte D.
- Si necesita un medicamento recetado de Medicare Parte D junto con atención de emergencia que no pertenece a la red o atención de urgencia fuera del área de servicio, cubriremos un suministro para hasta 30 días por parte de una farmacia que no pertenece a la red. **Nota:** En el caso de los medicamentos 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 para hasta 30 días en un periodo de 30 días. Medicare Parte D no cubre estos medicamentos; por lo tanto, los gastos que generen no cuentan para alcanzar la etapa de cobertura catastrófica.
- 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 venta por correo (incluidos los medicamentos de costo elevado).
- Si no puede obtener sus medicamentos de venta con receta en una farmacia de la red durante un desastre.

En cualquiera de estas situaciones, consulte antes con Servicio a los Miembros para saber si hay una farmacia de la red cercana. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros figuran en la contraportada de este folleto. Se le puede pedir que pague la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia que no pertenece a la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso?

En general, si usted utiliza una farmacia que no pertenece a la red, tendrá que pagar el costo total (en vez de la parte del costo que normalmente le corresponde) al surtir la receta. Puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo solicitar que le devolvamos el dinero).

SECCIÓN 3. Sus medicamentos deben estar en nuestra “Lista de Medicamentos”

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

Nuestro plan cuenta con una **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente 2019**. En este folleto de **Evidencia de Cobertura**, los llamamos “Lista de Medicamentos” para abreviar.

El plan selecciona los medicamentos que aparecen en esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con ciertos requisitos de Medicare. Medicare aprobó la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D (la Sección 1.1 de este capítulo contiene información sobre los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, se brinda cobertura para algunos medicamentos recetados conforme a los beneficios de Health First Colorado (Medicaid). Comuníquese con Health First Colorado (Medicaid) para conocer qué medicamentos están cubiertos por Medicaid (consulte el Capítulo 2 para obtener la información de contacto).

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

- Fue aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó el medicamento para el diagnóstico o la enfermedad para los que se recetó).
- O está respaldado por determinados libros de referencia. (Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information [Servicio de Información sobre Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados para Hospitales de Estados Unidos], DRUGDEX Information System [Sistema de información DRUGDEX] y Información sobre Dispensación de la Farmacopea de Estados Unidos [USPDI] o su sucesor y, para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network [Red Integral Nacional de Cáncer] y Clinical Pharmacology [Farmacología clínica] o sus sucesores).

Nuestra Lista de Medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene el mismo principio activo que un medicamento de marca. Generalmente, son tan eficaces como los medicamentos de marca y, usualmente, cuestan menos. Hay sustitutos genéricos para la mayoría de los medicamentos de marca.

¿Qué *no* incluye la Lista de Medicamentos?

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En ciertos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir cierto medicamento en nuestra Lista de Medicamentos.
- Comuníquese con Health First Colorado (Medicaid) para conocer qué medicamentos están cubiertos por Health First Colorado (Medicaid) (consulte el Capítulo 2 para obtener la información de contacto).

Sección 3.2 ¿Cómo averiguar si un medicamento específico está incluido en nuestra Lista de Medicamentos?

Hay tres formas de averiguarlo:

1. Revise la Lista de Medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica en kp.org/espanol.
2. Visite nuestro sitio web (kp.org/seniormedrx [en inglés]). La Lista de Medicamentos (**Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente 2019**) que aparece en el sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame a Servicio a los Miembros para preguntar si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan (**Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente 2019**) o para solicitar una copia de la lista. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros figuran en la contraportada de este folleto.

SECCIÓN 4. Algunos medicamentos tienen restricciones de cobertura

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

Se aplican reglas especiales que restringen cuándo y qué tipo de cobertura se ofrece para ciertos medicamentos recetados. Un equipo de médicos y farmacéuticos crearon estas reglas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la forma más eficaz posible. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo cual permite que la cobertura de medicamentos sea más accesible.

En general, nuestras reglas le recomiendan que usted obtenga un medicamento que sea seguro y a la vez eficaz para tratar su afección médica. Siempre que un medicamento seguro y de bajo costo tenga la misma eficacia médica que un medicamento más costoso, las reglas de nuestro plan recomiendan usar la opción de menor costo. Además, debemos cumplir con las normas y reglas de Medicare con respecto a la cobertura de medicamentos y los costos compartidos.

Si existe una restricción para un medicamento, en general, significa que usted o el proveedor tendrán que seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea que no apliquemos alguna restricción en su caso, deberá seguir el proceso de decisiones sobre la

cobertura y solicitar que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar su solicitud. (Consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos (**Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente 2019**). Esto sucede porque es posible que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos de acuerdo con factores tal como la concentración, la cantidad o la presentación de un medicamento que le receta el proveedor de atención médica (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 ¿Cuáles son los tipos de restricciones?

Nuestro plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de la forma más eficaz posible. En las secciones que aparecen a continuación, se explica qué tipos de restricciones se aplican a ciertos medicamentos.

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

Generalmente, los medicamentos “genéricos” son tan eficaces como los medicamentos de marca y, usualmente, cuestan menos. En la mayoría de los casos, cuando hay una versión genérica disponible de un medicamento de marca, las farmacias de la red deben proporcionarle el genérico. En general, no cubrimos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos informa las razones médicas por las cuales el medicamento genérico no será eficaz en su caso, cubriremos el medicamento de marca (la parte que le corresponde del costo del medicamento puede ser mayor en el caso de los medicamentos de marca que en el de los genéricos).

Cómo obtener la aprobación previa del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirlos. Esto se llama “**autorización previa**”. A veces, este requisito de obtener una aprobación previa sirve para ayudar a determinar el uso correcto de ciertos medicamentos. Si no obtiene dicha aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Sección 4.3 ¿Alguna de las restricciones mencionadas se aplica a sus medicamentos?

La Lista de Medicamentos de nuestro plan incluye información sobre las restricciones mencionadas anteriormente. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o consulte nuestro sitio web (**kp.org/seniormedrx**).

Si existe una restricción para un medicamento, en general, significa que usted o el proveedor tendrán que seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Si el medicamento que

desea tomar tiene alguna restricción, debe comunicarse con Servicio a los Miembros para averiguar qué necesitaría hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura para el medicamento. Si desea que no apliquemos esta restricción en su caso, deberá pasar por el proceso de decisiones de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar retirar la restricción. (Consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

SECCIÓN 5. ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto como a usted le gustaría?

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

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Sin embargo, es posible que haya un medicamento recetado que esté tomando actualmente o uno que usted y el proveedor piensen que debería estar tomando y que no se encuentre en nuestra lista de medicamentos o que se le apliquen restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en lo absoluto. O puede ser que la versión genérica esté cubierta, pero no la versión de marca que usted desea tomar.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales en su cobertura. Como explicamos en la Sección 4, hay reglas adicionales que restringen el uso de ciertos medicamentos cubiertos por nuestro plan. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos alguna restricción para usted.

Si un medicamento no tiene la cobertura que usted desea que tuviera, puede hacer algo al respecto.

- Si su medicamento no está incluido en la Lista de Medicamentos o está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer al respecto.

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

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

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros que estén en determinadas situaciones pueden obtenerlo). Esto les dará tiempo a usted y a su proveedor para cambiar de medicamento o presentar una solicitud para que le cubran el medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede pedirnos que hagamos una excepción y que otorguemos cobertura al medicamento o quitemos las restricciones a las que está sujeto.

Puede obtener un suministro provisional

En determinadas circunstancias, podemos ofrecerle un suministro temporal de un medicamento si su medicamento no está incluido en la Lista de Medicamentos o está restringido de alguna manera. Esto le dará tiempo de hablar con su proveedor sobre el cambio de cobertura y determinar qué hacer.

Para tener la posibilidad de recibir un suministro provisional, debe cumplir con los siguientes dos requisitos:

1. El cambio en su cobertura para medicamentos debe ser por uno de estos motivos:

- ◆ El medicamento que está tomando ya no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos.
- ◆ O el medicamento que está tomando ahora está restringido de alguna manera (la Sección 4 de este capítulo contiene información sobre las restricciones).

2. Usted debe estar en una de las siguientes situaciones:

- ◆ **Para aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron en nuestro plan el año pasado:** Cubriremos un suministro provisional del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan si es un miembro nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estaba en el plan el año pasado. Este suministro provisional será un suministro para 30 días como máximo. Si se indica una receta por menos días, permitiremos varias recetas con un suministro máximo para 30 días. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades menores para evitar que se desperdicie).
- ◆ **Para aquellos miembros que llevan más de 90 días en el plan, residen en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro inmediatamente:** cubriremos un suministro para un máximo de 31 días, o menos, si su receta médica se indica para menos días. Este suministro es adicional al suministro temporal que se mencionó arriba.
- ◆ Como miembro activo de nuestro plan, **si tiene cobertura de hospitalización o de estancia en un centro de enfermería especializada**, los medicamentos que reciba durante su estancia estarán cubiertos conforme a su beneficio médico y no a su cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D. Cuando le den de alta y vaya a casa o a un centro de cuidados a largo plazo con un nivel de atención de custodia, muchos de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que obtenga en una farmacia quedarán cubiertos por la cobertura de Medicare Parte D. Debido a que su cobertura para medicamentos varía según el entorno en el que obtiene el medicamento, es posible que un medicamento que tenía cobertura con su beneficio médico no la tenga con Medicare Parte D (por ejemplo, los medicamentos de venta sin receta o los productos para la tos). Si esto sucede, a menos que tenga otra cobertura (por ejemplo, una cobertura de grupo de un empleador o de un sindicato), deberá pagar el costo total del medicamento.

Llame a Servicios a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) para solicitar un suministro temporal.

Mientras esté recibiendo el suministro temporal, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando el suministro temporal se agote. Puede cambiar a otro medicamento con cobertura

de nuestro plan o pedirnos que hagamos una excepción en su caso y que cubramos su medicamento actual. Las secciones a continuación incluyen más información sobre estas opciones.

Puede cambiar de medicamento

El primer paso es hablar con su proveedor. Es posible que haya otro medicamento que le ofrezca los mismos beneficios y que sí tenga cobertura del plan. Puede llamar a Servicio a los Miembros y solicitar una lista de los medicamentos con cobertura que se usan para tratar la misma condición médica. Con esta lista, su proveedor puede buscar un medicamento con cobertura que sea adecuado para usted. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros figuran en la contraportada de este folleto.

Puede solicitarnos que hagamos una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 7.4 del Capítulo 9 para saber cómo hacerlo. Allí se explican los procedimientos y los plazos que establece Medicare para asegurarse de que su solicitud se procese de forma oportuna y apropiada.

SECCIÓN 6. ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

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

- Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos. Nuevos medicamentos podrían estar disponibles, incluidos medicamentos genéricos nuevos. Tal vez el gobierno aprobó un uso nuevo para un medicamento ya existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y, por lo tanto, lo quitamos de la cobertura. O bien, podríamos quitar un medicamento de la lista porque consideramos que no es eficaz.
- Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento (para obtener más información acerca de las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- Reemplazar un medicamento de marca por su versión genérica.

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

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

Información sobre los cambios de cobertura de medicamentos

Cuando los cambios a la Lista de Medicamentos se dan durante el año, publicamos la información sobre estos cambios en nuestro sitio web. Actualizaremos la Lista de Medicamentos en línea de forma regular para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. Abajo mencionamos las ocasiones en las que recibiría un aviso directo si los cambios se hacen a un medicamento que esté tomando. También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

¿Los cambios en la cobertura de los medicamentos entran en vigencia inmediatamente?

Los cambios pueden afectarlo este año: En los siguientes casos, los cambios de cobertura lo afectarán durante el año actual.

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos los niveles de costo compartido o agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca)**
 - ♦ Es probable que quitemos de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con un medicamento genérico nuevo que aparecerá con el mismo o con un menor nivel de costo compartido y con las mismas o con menores restricciones. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podríamos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero de inmediato, lo moveríamos a un nivel de costo compartido distinto o añadiríamos nuevas restricciones.
 - ♦ Es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, incluso si actualmente, está tomando el medicamento de marca.
 - ♦ Usted y quien receta, pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos dándole cobertura para el medicamento de marca. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, “Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)”.
 - ♦ Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le daremos la información sobre el cambio específico que hagamos. Esto también incluirá la información sobre los pasos que debe seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- **Los medicamentos peligrosos y otros medicamentos en la Lista de Medicamentos que sean retirados del mercado.**
 - ♦ De vez en cuando, es posible que un medicamento sea retirado repentinamente porque se descubre que es peligroso o se quita del mercado por otra razón. Si esto sucede, quitaremos

el medicamento inmediatamente de nuestra Lista de Medicamentos Si está tomando ese medicamento, le haremos saber este cambio de inmediato.

- ◆ El médico que le receta el medicamento también estará al tanto del cambio y lo ayudará a buscar otro medicamento para su afección médica.
- **Otros cambios a los medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
 - ◆ Es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que toma una vez que el año comience. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o podemos cambiar el nivel de costo compartido o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca. También podemos hacer cambios con base en las advertencias de la FDA en la caja o en pautas clínicas nuevas reconocidas por Medicare. Debemos darle un aviso al menos 30 días antes o resurtir en una farmacia de la red el medicamento que está tomando para 30 días.
 - ◆ Durante este periodo de 30 días, debe hablar con el médico que receta para determinar si comenzará a usar otro medicamento con cobertura.
 - ◆ O usted y quien receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos dándole cobertura para el medicamento. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, “Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)”.

Los cambios a los medicamentos de la Lista de Medicamentos no afectarán a las personas que estén tomándolos actualmente: En el caso de los cambios a la Lista de Medicamentos que no se describen arriba, si actualmente, está tomando el medicamento, los siguientes cambios no lo afectaran sino hasta el 1.º de enero del próximo año, si se queda en el plan:

- Se aplica una restricción nueva al uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios se aplica a un medicamento que usted toma (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a uno de marca, u otro cambio anotado en la sección anterior), ninguno afectará el modo de uso ni lo que paga como costo compartido hasta el 1.º de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, es probable que no vea ningún aumento en los pagos ni restricciones adicionales al uso del medicamento. Este año, recibirá un aviso directo sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, a partir del 1.º de enero del próximo año, los cambios lo afectarán, y es importante revisar la Lista de Medicamentos del nuevo año para consultar cualquier cambio a los medicamentos.

SECCIÓN 7. ¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos sin cobertura

En esta sección, le informamos qué tipos de medicamentos de venta con receta están “excluidos”. Esto significa que Medicare no pagará por ellos.

No pagaremos los medicamentos que se mencionan en esta sección, excepto cuando, a través de una apelación, se considere que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido conforme a la Parte D y que deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación particular. (Para obtener información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9 de este folleto).

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 para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no incluye los medicamentos que tienen cobertura de Medicare Parte A o Parte B.
- El plan no cubre medicamentos que se compran fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no cubre un uso no indicado. Un “uso no indicado” es cualquier uso del medicamento distinto de aquellos que figuran en la etiqueta del medicamento como aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - ◆ En general, la cobertura de “usos no indicados” solo se permite cuando la respaldan ciertos libros de referencia. Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information, DRUGDEX Information System y, para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores. Si su uso no está respaldado por alguno de estos libros de referencia, nuestro plan no puede cubrir el “uso no indicado”.

Además, de acuerdo con la ley, las categorías de los medicamentos que se enumeran a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos según la cobertura de medicamentos de Health First Colorado (Medicaid) (comuníquese con Health First Colorado para obtener detalles):

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos que se usan para favorecer la fertilidad.
- Medicamentos que se usan para aliviar la tos o los síntomas del resfriado común.
- Medicamentos que se usan para fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con fluoruro.
- Medicamentos utilizados 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 ambulatorios, para los cuales el fabricante busca exigir que se compren las pruebas relacionadas o servicios de supervisión exclusivamente del fabricante como condición de venta.

SECCIÓN 8. Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta

Sección 8.1 Presente su tarjeta de membresía

Para surtir una receta, muestre su tarjeta de membresía en la farmacia de la red que elija. Al mostrarla, la farmacia de la red facturará automáticamente al plan nuestra parte de los costos del medicamento recetado cubierto. Usted deberá pagar a la farmacia su parte del costo cuando reciba el medicamento recetado. Tenga en cuenta que deberá mostrar su tarjeta de identificación de Health First Colorado (Medicaid) cuando reciba los medicamentos cubiertos por Health First Colorado (Medicaid) que estén excluidos en virtud de Medicare Parte D.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva su tarjeta de membresía?

Si no lleva la tarjeta de membresía cuando vaya a surtir su receta, solicítele a la farmacia que llame a nuestro plan para obtener la información requerida.

Si el farmacéutico no logra obtener la información que necesita, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado al recogerlo. Puede solicitarnos que le reembolsemos el porcentaje del costo que nos corresponde pagar. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo solicitar un reembolso.

SECCIÓN 9. Cobertura para medicamentos de la Parte D en circunstancias especiales

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

Si lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada y el plan cubre la estadía, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante el tiempo que permanezca allí. Una vez que reciba el alta del hospital o de las instalaciones de enfermería especializada, proporcionaremos cobertura para sus medicamentos siempre y cuando se cumplan todas las reglas de cobertura. Consulte los apartados anteriores de esta sección para obtener más información sobre las reglas para obtener la cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (“Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D”) le brinda más información acerca de la cobertura de medicamentos y lo que debe pagar por ellos.

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

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

Consulte el **Directorio de Farmacias** para confirmar si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo pertenece a nuestra red. Si no pertenece a nuestra red, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y acaba de inscribirse en el plan?

Si necesita un medicamento que no se incluye en nuestra Lista de Medicamentos o que está sujeto a algún tipo de restricción, ofrecemos cobertura para un **suministro provisional** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para 31 días como máximo, o para menos días si así se indica en la receta médica. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo podría proporcionarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar el desperdicio). Si usted ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está incluido en la Lista de Medicamentos o que está restringido, cubriremos un suministro para 31 días, o para menos días si así se indica en la receta médica.

Mientras esté recibiendo el suministro temporal, hable con su proveedor para decidir qué hacer cuando el suministro se termine. Es posible que haya otro medicamento que le ofrezca los mismos beneficios y que sí tenga cobertura del plan. O usted y su proveedor pueden solicitar que hagamos una excepción y que cubramos su medicamento actual como a usted le gustaría. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 7.4 del Capítulo 9 para saber cómo hacerlo.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca tienen cobertura para cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita un medicamento para las náuseas o el dolor, un laxante o un ansiolítico que no cubre el centro porque no está relacionado con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del médico o del proveedor del centro en la que se comunica que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan lo cubra. Para evitar demoras al recibir los medicamentos no relacionados que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle a su proveedor del centro de cuidados paliativos o a quien le hace la receta que se asegure de que recibamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de que usted pida a la farmacia que le surta la receta.

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. Para evitar demoras en la farmacia cuando termina su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, debe presentar en la farmacia la documentación que demuestre su cancelación o el alta del centro. Consulte los apartados anteriores de este capítulo para conocer las reglas de cobertura de medicamentos según la Parte D. El Capítulo 6, “Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D”, le brinda más información acerca de la cobertura de medicamentos y lo que debe pagar por ellos.

SECCIÓN 10. Programas sobre la seguridad de los medicamentos y su administración

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

Para asegurarnos de que nuestros miembros reciban la atención apropiada y segura que necesitan, llevamos a cabo revisiones sobre el uso de los medicamentos. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que usan medicamentos recetados por distintos proveedores.

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

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque ya está usando otro para tratar la misma afección médica.
- 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.

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

Sección 10.2 Programa de Control de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a consumir sus medicamentos opioides de forma segura

Contamos con un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros consuman sus medicamentos opioides recetados u otros medicamentos de los que se abusa frecuentemente de forma segura. Este programa se llama Programa de Control de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si consume medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para garantizar que su uso es adecuado y necesario médicamente. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que usted está en riesgo de

consumir de forma incorrecta o de abusar de sus medicamentos opioides o benzodiazepina, podemos limitar cómo obtiene dichos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

- Solicitarle que surta todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepina en una sola farmacia.
- Solicitarle que consiga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepina con un solo médico.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos.

Si decidimos que una o más de estas limitaciones le corresponden, le enviaremos una carta con anticipación. La carta tendrá información que explique los términos de las limitaciones que consideramos que le corresponden. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar. Si considera que cometimos un error o si no está de acuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de abusar de medicamentos recetados o de la limitación, usted y el médico que le receta tienen derecho a pedirnos una apelación. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que el DMP no aplique para usted si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer, o si recibe atención hospitalaria o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Administración del Tratamiento 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. Por ejemplo, algunos miembros tienen varias afecciones médicas, toman distintos medicamentos al mismo tiempo o toman medicamentos que tienen costos elevados.

Este programa es voluntario y sin costo para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos lo desarrolló para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan los mayores beneficios de los medicamentos que toman.

Nuestro programa se llama programa de Administración del Tratamiento con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Algunos miembros que toman medicamentos para distintas afecciones médicas pueden recibir servicios a través del programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión general de todos sus medicamentos. Usted puede hablar sobre la mejor manera de tomar los medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Se le enviará un resumen escrito de esta revisión. El resumen contiene un plan de acción respecto de los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para administrar mejor sus medicamentos, con espacios para que tome notas o escriba cualquier pregunta de seguimiento. También se le enviará una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma.

Es recomendable que haya una revisión de medicamentos antes de su consulta anual de “Bienestar” para que pueda hablar con el médico sobre el plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve con usted el plan de acción y la lista de medicamentos a la consulta o cuando hable con los médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención médica. Además,

conserve la lista de medicamentos (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, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información pertinente. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1. Introducción	114
Sección 1.1 Consulte este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos	114
Sección 1.2 Tipos de gastos de su propio bolsillo por medicamentos cubiertos	115
SECCIÓN 2. El monto que pagará por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre cuando lo obtenga	115
Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos de los miembros de Senior Advantage Medicare Medicaid?	115
SECCIÓN 3. Le enviamos informes que explican sus pagos por medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	116
Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (o “EOB de la Parte D”).	116
Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos	117
SECCIÓN 4. Durante la etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos.....	118
Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta que haya gastado \$415 en sus medicamentos*	118
SECCIÓN 5. Durante la Etapa de Cobertura Inicial, pagamos nuestro porcentaje de los costos de los medicamentos y usted paga su porcentaje	119
Sección 5.1 Tabla de costos para el suministro de un mes de un medicamento*	119
Sección 5.2 Si su médico receta un suministro para menos de un mes, puede que no tenga que pagar el costo del suministro del mes entero	119
Sección 5.3 Tabla de los costos para un suministro a largo plazo (de hasta 90 días) de un medicamento*	120
Sección 5.4 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el total de sus gastos en medicamentos durante el año alcance \$3,820*	121

SECCIÓN 6. Durante la Etapa de Intervalo en la Cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 37 % de los costos de medicamentos genéricos*	121
Sección 6.1 Permanece en la Etapa de Intervalo en la Cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcanzan un total de \$5,100*	121
Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los costos que usted paga de su propio bolsillo por medicamentos recetados	122
SECCIÓN 7. Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, nuestro plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos*	124
Sección 7.1 Una vez que entra en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa el resto del año*	124
SECCIÓN 8. Lo que usted paga por vacunas cubiertas de la Parte D depende de cómo y dónde las consigue	124
Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura aparte para las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de aplicación	124
Sección 8.2 Puede llamar a Servicio a los Miembros antes de vacunarse	126



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

La mayoría de nuestros miembros califican y reciben “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de los medicamentos recetados del plan. Si está en un programa de “Ayuda adicional”, **cierta información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no aplica para usted.** Le enviamos un documento por separado llamado “Cláusula de la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también conocida como “Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos” [Low Income Subsidy, LIS] o “Cláusula LIS”), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no ha recibido esta cláusula, llame al Servicio a los Miembros y pida la “Cláusula LIS”. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros figuran en la contraportada de este folleto.

SECCIÓN 1. Introducción

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

En este capítulo, se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Por simplicidad, usaremos el término “medicamento” para referirnos a los medicamentos recetados de la Parte D. Como se describió en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos están excluidos, por ley, de dicha parte. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B o por Health First Colorado (Medicaid).

Para comprender la información de pago incluida en este capítulo, usted necesita tener conocimientos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir las recetas y qué reglas seguir cuando obtenga sus medicamentos cubiertos. En estos materiales, se explica esta información básica:

- Nuestra **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente 2019**. Para simplificar, lo llamamos “**Lista de Medicamentos**”.
 - ♦ La Lista de Medicamentos le indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
 - ♦ También le indica si hay alguna restricción en su cobertura del medicamento.
 - ♦ Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede consultar la Lista de Medicamentos en nuestro sitio web: kp.org/seniormedrx. La Lista de Medicamentos publicada en el sitio web siempre es la más actualizada.
- **El Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 incluye detalles sobre la cobertura para medicamentos recetados, entre ellos, las reglas que debe seguir al comprar sus medicamentos cubiertos. En este capítulo, también se describen los tipos de medicamentos recetados que no tienen cobertura del plan.
- **El Directorio de Farmacias del plan.** En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (si desea obtener más información, consulte el

Capítulo 5). El **Directorio de Farmacias** incluye una lista de las farmacias de la red de nuestro plan. También explica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de un medicamento (por ejemplo, surtir una receta de un suministro para tres meses).

Sección 1.2 Tipos de gastos de su propio bolsillo por medicamentos cubiertos

Para entender la información de los pagos que le proporcionamos en este capítulo, necesita saber los tipos de gastos de bolsillo que es posible que pague por los servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se llama “costo compartido” y se le puede pedir que lo pague de tres maneras diferentes.

- El “deducible” es el monto que usted debe pagar por sus medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte.
- “Copago” se refiere a que usted paga un monto fijo cada vez que surte una receta.
- “Coseguro” se refiere a que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

SECCIÓN 2. El monto que pagará por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre cuando lo obtenga

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos de los miembros de Senior Advantage Medicare Medicaid?

Como se indica en la siguiente tabla, nuestro plan cuenta con varias “etapas de pago de medicamentos” para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D. El monto que usted pagará por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre cuando surta una receta por primera vez o cuando vuelva a hacerlo. Recuerde que usted debe pagar la prima mensual del plan siempre, independientemente de la etapa de pago de medicamentos en la que está.

Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4
<p>Etapa de Deducible Anual</p> <p>Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar los medicamentos recetados, el monto del deducible será de \$0 u \$85, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba. (Consulte el documento aparte llamado “Cláusula LIS”, para conocer el monto del deducible).</p> <p>Si su deducible es de \$0: esta etapa de pago no le corresponde.</p> <p>Si su deducible es de \$85: usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que haya pagado \$85 para sus medicamentos.</p> <p>(En la Sección 4 de este capítulo, se incluyen los detalles).</p>	<p>Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Durante esta etapa, pagamos nuestro porcentaje del costo de sus medicamentos y usted paga el suyo.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que los "costos totales de los medicamentos" hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) totalicen \$3,820.</p> <p>(En la Sección 5 de este capítulo, se incluyen los detalles).</p>	<p>Etapa de Intervalo en la Cobertura</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el 25 % del precio de los medicamentos de marca (más una parte del cargo por dispensación) y el 37 % del precio de los medicamentos genéricos.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que los “gastos de bolsillo” hasta la fecha (sus pagos) alcancen un total de \$5,100. Este monto y las reglas para contabilizar los costos con respecto a este monto han sido establecidos por Medicare.</p> <p>(Para obtener más detalles, consulte la Sección 6 de este capítulo).</p>	<p>Etapa de Cobertura Catastrófica</p> <p>Durante esta etapa, pagaremos la mayor parte del costo de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2019).</p> <p>(En la Sección 7 de este capítulo, se incluyen los detalles).</p>

SECCIÓN 3. Le enviamos informes que explican sus pagos por medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (o “EOB de la Parte D”).

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha hecho al surtir y resurtir sus recetas en una farmacia. De esta forma, podemos

informarle en qué momento pasa de una etapa de pago de medicamentos a otra. En particular, llevamos un registro de dos tipos de costos:

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

Nuestro plan preparará un informe por escrito llamado **Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB)** (también se le llama “**EOB de la Parte D**”) si usted surtió una o más recetas a través de nuestro plan en el mes anterior. Incluye:

- **Información correspondiente al mes.** El informe incluye los detalles de pago de las recetas que usted surtió durante el mes anterior. Describe los costos totales de los medicamentos, lo que paga el plan, lo que paga usted y los pagos que se hacen en su nombre.
- **Los totales del año desde el 1.º de enero.** Esto se llama información “hasta la fecha”. Le indica los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que inició el año.

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

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

- **Presente su tarjeta de membresía al surtir una receta médica.** Para asegurarnos de estar informados de las recetas médicas que surte y de cuánto paga por ellas, recuerde presentar su tarjeta de membresía del plan cada vez que surta una receta médica.
- **Asegúrese de que obtengamos la información que necesitamos.** Puede haber ocasiones en las que usted pague sus medicamentos recetados y no recibamos automáticamente la información necesaria para llevar un control de los costos que paga de su propio bolsillo. Para ayudarnos a llevar dicho control, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si le cobran un medicamento cubierto, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de dicho medicamento. En la Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto, encontrará las instrucciones para hacerlo). A continuación, incluimos una lista de situaciones en las que podría enviarnos copias de sus recibos de medicamentos para garantizar que tengamos un registro completo de lo que usted gastó en medicamentos:
 - ♦ Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
 - ♦ Cuando hace un copago por medicamentos que se proporcionan a través de un programa de asistencia para pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos.
 - ♦ 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.

- **Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado en su nombre.** Los pagos hechos por ciertos individuos y organizaciones también cuentan en el cálculo de los gastos que paga de su propio bolsillo y para entrar en la etapa de cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos hechos por un programa estatal de ayuda para gastos de farmacia, un programa de atención y medicamentos para el SIDA (ADAP), el programa de Servicios de Salud para la Población Indígena y la mayoría de las organizaciones de beneficencia cuentan como parte de los gastos que paga de su propio bolsillo. Debe llevar un registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos llevar un control de sus gastos.
- **Consulte el informe por escrito que le enviamos.** Cuando reciba una **Explicación de Beneficios de la Parte D** (una **EOB de la Parte D**) por correo, revísela para asegurarse de que la información incluida esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto). También puede elegir consultar su **EOB de la Parte D** en línea en vez de por correo. Visite kp.org/goinggreen e inicie sesión para obtener más información sobre cómo ver la **EOB de la Parte D** de forma segura en línea. Conserve estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4. Durante la etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos

Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta que haya gastado \$415 en sus medicamentos*

La mayoría de los miembros reciben “Ayuda Adicional” con los costos de medicamentos recetados; por ello, la etapa de deducible no se aplica en todos los casos. Si usted recibe “Ayuda Adicional”, el monto de su deducible depende del nivel de “Ayuda Adicional” que recibe y usted:

- No pagará deducible.
- O bien, pagará un deducible de \$85.

Consulte la “Cláusula LIS” para obtener información sobre el monto de su deducible.

Si no recibe “Ayuda Adicional”, la Etapa de Deducible será la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando se surte la primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el monto del deducible del plan, que es de **\$415** para 2019.

- Generalmente, el “**costo total**” es menor que el precio total y normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos menores para la mayoría de los medicamentos.
- El “**deducible**” es el monto que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte.

Una vez que haya pagado **\$415** por los medicamentos, usted abandona la Etapa de Deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos: la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5. Durante la Etapa de Cobertura Inicial, pagamos nuestro porcentaje de los costos de los medicamentos y usted paga su porcentaje

Sección 5.1 Tabla de costos para el suministro de un mes de un medicamento*

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

- “Coseguro” se refiere a que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Cubrimos recetas médicas que se surtan en farmacias que no pertenecen a la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo cubrimos recetas surtidas en farmacias que no pertenecen a la red.

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

Farmacia	Qué paga usted*
• Farmacia minorista o de pedidos por correo (dentro de la red)	Coseguro del 25 %
• Farmacia de la red en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)	
• Farmacia fuera de la red (la cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte más información en el Capítulo 5)	

Sección 5.2 Si su médico receta un suministro para menos de un mes, puede que no tenga que pagar el costo del suministro del mes entero

Habitualmente, el monto que paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetar un suministro de menos de un mes de los medicamentos. Puede haber ocasiones en las que quiera pedirle a su médico que le recete menos de un mes de suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando esté probando un medicamento por primera vez que se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si el médico le receta un suministro completo de menos de un mes, usted no tendrá que pagar el suministro para un mes completo para ciertos medicamentos.

*Si reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional”, consulte la “Cláusula LIS” para obtener información sobre el costo compartido, ya que esta información no se aplica en su caso.

El monto que paga cuando obtiene un suministro para menos de un mes dependerá de si le corresponde pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si le corresponde un coseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Paga el mismo porcentaje independientemente de que la receta médica sea para un suministro de mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes, el monto que deberá pagar será menor.
- Si le corresponde un copago del medicamento, este se basará en la cantidad de días que requerirá el medicamento que reciba. Calcularemos el monto que pagará por día por su medicamento (la “tarifa diaria del costo compartido”) y la multiplicaremos por la cantidad de días que requerirá el medicamento que reciba.
 - ◆ Este es un ejemplo: Digamos que el copago de su medicamento por un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$30. Esto significa que el monto que paga al día por su medicamento es \$1. Si obtiene un suministro del medicamento para 7 días, el pago será de \$1 por día multiplicado por 7 días, lo cual suma un total de \$7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le funcione antes de tener que pagar el suministro para un mes completo. También le puede pedir a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, un suministro de uno o más medicamentos para menos de un mes, si eso lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de distintos medicamentos recetados, de modo que pueda realizar menos viajes a la farmacia. El monto que pague dependerá del número de días de suministro que reciba.

Sección 5.3 Tabla de los costos para un suministro a largo plazo (de hasta 90 días) de un medicamento*

En el caso de ciertos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro prolongado”) al surtir la receta. Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 90 días (para obtener más información sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la sección 2.4 del Capítulo 5).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando obtiene un suministro a largo plazo (de hasta 90 días) de un medicamento.

Parte que le corresponde del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Farmacia	Qué paga usted*
• Farmacia minorista o de pedidos por correo (dentro de la red)	Coseguro del 25 %

*Si reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional”, consulte la “Cláusula LIS” para obtener información sobre el costo compartido, ya que esta información no se aplica en su caso.

Sección 5.4 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el total de sus gastos en medicamentos durante el año alcance \$3,820*

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la suma del costo de todos los medicamentos recetados que surte o vuelve a surtir llega a **\$3,820, que es el límite de esta Etapa de Cobertura Inicial.**

El costo total de los medicamentos se calcula sumando lo que paga usted y lo que paga cualquier plan de Parte D:

- **Lo que usted pagó** por todos los medicamentos cubiertos que compró desde la primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre la manera en la que Medicare calcula los costos que usted paga de su propio bolsillo). Esto incluye:
 - ♦ Los \$415 que pagó cuando estaba en la Etapa de Deducible si no califica para recibir Ayuda Adicional.
 - ♦ El monto total que pagó cuando estaba en la Etapa de Deducible, que es \$0 o bien \$85 si califica para recibir Ayuda Adicional.*
 - ♦ El monto total que paga como el porcentaje que le corresponde del costo de los medicamentos que compra durante la Etapa de Cobertura Inicial.
- **Lo que nuestro plan pagó** como la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si usted estuviese inscrito en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento durante 2019, el monto que pagó el plan durante la Etapa de Cobertura Inicial también cuenta para la suma de los costos de los medicamentos).

La **Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)** que le enviamos lo ayudará a llevar un control de lo que usted, nuestro plan y terceros gastaron en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de **\$3,820** en un año.

Le avisaremos si usted alcanza este monto de **\$3,820**. Si alcanza este monto, dejará de estar en la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Intervalo en la Cobertura.

SECCIÓN 6. Durante la Etapa de Intervalo en la Cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 37 % de los costos de medicamentos genéricos*

Sección 6.1 Permanece en la Etapa de Intervalo en la Cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcanzan un total de \$5,100*

Cuando usted está en la Etapa de Intervalo en la Cobertura, el **Programa de Descuentos de Intervalo en la Cobertura de Medicare ofrece descuentos de los fabricantes sobre medicamentos de marca.** Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte de la cuota de

*Si reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional”, consulte la “Cláusula LIS” para obtener información sobre el costo compartido, ya que esta información no se aplica en su caso.

dispensación por los medicamentos de marca. Tanto el monto que paga usted como el monto descontado por el fabricante cuentan para sus gastos de bolsillo como si los hubiese pagado usted, y le permiten avanzar en el periodo de intervalo en la cobertura.

También recibe algo de cobertura para los medicamentos genéricos. Usted paga tan solo el 37 % del costo de los medicamentos genéricos y nosotros pagamos el resto. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (63 %) no cuenta para los gastos de bolsillo. Solo el monto que usted paga cuenta y le hace avanzar en el periodo de intervalo en la cobertura.

Continúa pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más del 37 % de los costos de los medicamentos genéricos hasta que los pagos de su bolsillo alcanzan la cantidad máxima que ha establecido Medicare. En 2019, esa cantidad es de **\$5,100**.

Medicare tiene reglas con respecto a lo que cuenta y lo que no cuenta como costo de su bolsillo. Cuando alcanza un límite de su bolsillo de **\$5,100**, sale de la Etapa de Intervalo en la Cobertura y pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los costos que usted paga de su propio bolsillo por medicamentos recetados

Estas son las reglas de Medicare que debemos seguir al llevar un control de los costos que usted paga de su propio bolsillo por sus medicamentos.

Estos pagos sí están incluidos en los gastos de su propio bolsillo

Al sumar los costos que paga de su propio bolsillo, puede incluir los siguientes pagos (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted siga las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

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

Quién paga es importante:

- Si usted mismo hace estos pagos, los pagos se incluyen en los costos que usted paga de su propio bolsillo.
- Estos pagos también están incluidos si otras personas u organizaciones determinadas los hacen en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos que hace un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, los programas de apoyo para la obtención de medicamentos para el SIDA, algún programa estatal de ayuda para gastos de farmacia calificado por Medicare o el programa de Servicios de Salud para la Población Indígena. También se incluyen los pagos que hace el programa “Ayuda Adicional” de Medicare.

*Si reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional”, consulte la “Cláusula LIS” para obtener información sobre el costo compartido, ya que esta información no se aplica en su caso.

- Se incluyen algunos pagos realizados por el Programa de Descuento del Periodo de Intervalo en la Cobertura de Medicare. Se incluye el monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que paga el plan por sus medicamentos genéricos.

Avance a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) alcanza un total de costos de su bolsillo de **\$5,100** durante el año calendario, pasará de la Etapa de Intervalo en la Cobertura a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no se incluyen entre sus gastos de bolsillo

Cuando suma los gastos que paga de su propio bolsillo, **no** puede incluir ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos recetados:

- El monto que paga por la prima mensual.
- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no tienen cobertura del plan.
- Los medicamentos que compra en una farmacia que no pertenece a la red y que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos no cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Los pagos hechos por nuestro plan por sus medicamentos genéricos o de marca, cuando usted está en la Etapa de Intervalo en la Cobertura.
- Los pagos por medicamentos que hacen los planes de salud de grupo, incluidos los planes de salud del empleador.
- Los pagos por medicamentos que hacen determinados planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, tales como TRICARE y los programas del Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Los pagos por medicamentos que hace un tercero que tiene la obligación legal de cubrir los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, el seguro de los trabajadores).

Recuerde: Si alguna otra organización como las mencionadas anteriormente paga todos o parte de los gastos de su propio bolsillo por medicamentos, usted tiene la obligación de informárselo a nuestro plan. Llame a Servicio a los Miembros para informarnos (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

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

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe de la **Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)** que le enviamos incluye el monto actual de los gastos de su propio bolsillo por medicamentos (en la Sección 3 de este capítulo, encontrará información al respecto). Cuando usted alcanza un total de costos de su bolsillo de **\$5,100** en un año, en este informe se indicará que ha pasado de la Etapa de Intervalo en la Cobertura a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

*Si reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional”, consulte la “Cláusula LIS” para obtener información sobre el costo compartido, ya que esta información no se aplica en su caso.

- **Asegúrese de que obtengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le dice qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7. Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, nuestro plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos*

Sección 7.1 Una vez que entra en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa el resto del año*

Usted califica para avanzar a la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando los costos de su bolsillo alcanzan el límite de **\$5,100** en un año calendario. Una vez que llega a la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en ella durante el resto del año calendario. En esta etapa, el plan pagará la mayoría de los costos de los medicamentos. Su parte del costo por un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, lo que sea mayor:

- Coseguro del **5 %** del costo del medicamento, o
- **\$3.40** por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como un genérico, y
- **\$8.50** por los demás medicamentos.

Nosotros pagaremos el resto del costo.

SECCIÓN 8. Lo que usted paga por vacunas cubiertas de la Parte D depende de cómo y dónde las consigue

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura aparte para las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de aplicación

Cubrimos varios tipos de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura de estas vacunas si consulta la Tabla de Beneficios en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

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

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

¿Cuánto debe pagar por una vacuna de la Parte D?

Lo que debe pagar por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

- 1. El tipo de vacuna** (para qué enfermedad es la vacuna).

*Si reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional”, consulte la “Cláusula LIS” para obtener información sobre el costo compartido, ya que esta información no se aplica en su caso.

- ◆ Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura que usted tiene de estas vacunas si consulta el Capítulo 4, “Tabla de Beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)”.
- ◆ Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en nuestra **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente 2019**.

2. Dónde obtiene la vacuna.

3. Quién le aplica la vacuna.

Lo que usted paga en el momento en que obtiene la vacuna de la Parte D puede variar de acuerdo con las circunstancias. Por ejemplo:

- ◆ A veces, cuando le aplican la vacuna, tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna como de su aplicación. Puede pedirnos que le devolvamos la parte que nos corresponde del costo.
- ◆ En otras ocasiones, cuando obtiene la vacuna o paga la aplicación, solamente paga la parte del costo que le corresponde a usted.

Para mostrar cómo funciona esto, le presentamos tres formas comunes de obtener una vacuna de la Parte D. Recuerde, según cuál sea su nivel de Ayuda Adicional, usted es responsable de todos los costos asociados a las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa de Deducible y la Etapa de Intervalo en la Cobertura de su beneficio.

Situación 1:

- Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y va a la farmacia de la red a que se la apliquen. (Esta opción depende del lugar en el que vive. Algunos estados no permiten a las farmacias administrar vacunas).
 - ◆ Usted deberá pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna y el costo de la aplicación.
 - ◆ Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2:

- Obtiene la vacuna de la Parte D en el consultorio del médico.
 - ◆ En el momento de vacunarse, debe pagar el costo total de la vacuna y de la administración.
 - ◆ Luego, puede pedirnos que paguemos el costo que nos corresponde usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (“Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos”).
 - ◆ Se le reembolsará el monto que pagó menos su copago normal por la vacuna (incluida su aplicación).

Situación 3:

- Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se la aplican.
 - ◆ Usted deberá pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna misma.

- ◆ Cuando el médico le suministra la vacuna, usted paga el costo total de este servicio. Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo, mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto.
- ◆ Se le reembolsará el monto que le cobró el médico por la aplicación de la vacuna.

NOTA IMPORTANTE: Por lo general, cuando usted recibe una vacuna inyectable cubierta de la Parte D en un consultorio médico o clínica de inyectología de la red de Kaiser Permanente, no se le cobrará durante su consulta. En cambio, le enviaremos una factura por el costo compartido correspondiente por la vacuna de la parte D y la aplicación.

Sección 8.2 Puede llamar a Servicio a los Miembros antes de vacunarse

Si bien las reglas de cobertura para las vacunas pueden ser complicadas, estamos aquí para ayudarlo. Le recomendamos que llame antes a Servicio a los Miembros cuando planifique vacunarse. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros figuran en la contraportada de este folleto.

- Podemos indicarle cómo nuestro plan cubre la vacunación y explicarle qué parte del costo le corresponde.
- Podemos informarle cómo mantener un costo bajo mediante los proveedores y las farmacias dentro de la red.
- Si no puede usar un proveedor y una farmacia dentro de la red, podemos informarle lo que debe hacer para pedirnos que le devolvamos la parte que nos corresponde del costo.

**CAPÍTULO 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una
factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos**

**SECCIÓN 1. Situaciones en las que debe solicitar que paguemos los
servicios o medicamentos cubiertos 128**

Sección 1.1 Si usted paga los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una
factura, puede solicitarnos un reembolso 128

**SECCIÓN 2. Cómo solicitar el reembolso o el pago de una factura que
recibió 130**

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago 130

**SECCIÓN 3. Consideraremos su solicitud de pago y responderemos “sí”
o “no” 131**

Sección 3.1 Verificaremos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto nos
corresponde pagar 131

Sección 3.2 Si le respondemos que no pagaremos por todo o parte de la atención
médica o del medicamento, usted puede presentar una apelación. 131

**SECCIÓN 4. Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y
enviarnos las copias 132**

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a
hacer un seguimiento de los costos de su bolsillo 132

SECCIÓN 1. Situaciones en las que debe solicitar que paguemos los servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos un reembolso

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

Si ya pagó los servicios o medicamentos cubiertos por el plan, puede pedirnos que le devolvamos el dinero (lo cual se denomina reembolso). Usted tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el pago, siempre que haya pagado más que su parte del costo compartido de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe la factura de lo que ya pagó, la revisaremos y determinaremos si los servicios o medicamentos deben tener cobertura. Si decidimos que deben tener cobertura, le reembolsaremos el costo de los servicios o medicamentos.

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

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

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor pertenezca a nuestra red o no. Cuando reciba servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a nuestra red, debe pedirle al proveedor que envíe la factura a nuestro plan.

- Si usted paga la totalidad del monto cuando recibe la atención, debe pedir que le devolvamos la parte del costo que nos corresponde. Envíenos la factura con los comprobantes de cualquier pago que haya hecho.
- A veces, es posible que reciba una factura de un proveedor para que pague algo que usted considera que no corresponde. Envíenos esta factura con los comprobantes de cualquier pago que ya haya hecho.
 - ◆ Si debe pagarse algo al proveedor, nos encargaremos de hacerlo nosotros directamente.
 - ◆ Si ya pagó más que su parte del costo compartido del servicio, determinaremos cuánto le debemos y le devolveremos nuestra parte del costo compartido.

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

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

- No permitimos que los proveedores le cobren los servicios cubiertos. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente, y lo protegemos a usted de todo cargo. Esto es así aun en el caso de que al proveedor le paguemos menos de lo que cobra por un servicio. Para obtener más sobre información sobre la “facturación de saldo”, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Si recibe una factura de un proveedor de la red y considera que es por una cantidad mayor a la que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con los documentos de todos los pagos que hizo. Solicite que le devolvamos la diferencia entre el monto que pagó y el monto adeudado de acuerdo con nuestro plan.

Si usted está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si usted está inscrito retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo los costos de servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitar que le reembolsemos la parte que nos corresponde de los costos. Deberá presentarnos los documentos para que procesemos el reembolso.

Llame a Servicio a los Miembros para obtener información adicional acerca de cómo solicitar un reembolso y los plazos para presentar su solicitud. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros figuran en la contraportada de este folleto.

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

Si va a una farmacia fuera la red e intenta usar su tarjeta de membresía para surtir una receta médica, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente a nosotros. Cuando eso sucede, deberá pagar el costo total de su receta. Cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en ciertas situaciones. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para informarse más.

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

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

Si olvida llevar su tarjeta de membresía del plan cuando va a surtir una receta médica, puede pedir a la farmacia que se comuniquen con nosotros o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita rápidamente, es posible que usted deba pagar el costo total de la receta.

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

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

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

- Por ejemplo, el medicamento quizás no esté incluido en nuestra **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente 2019** o esté sujeto a un requisito o restricción que usted no conocía o no creyó que aplicaría en su caso. Si decide comprar el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago. En ciertos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para poder devolverle la parte que nos corresponde del costo del medicamento.

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. En el Capítulo 9 de este folleto, “Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y queja)”, se incluye información acerca de cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2. Cómo solicitar el reembolso o el pago de una factura que recibió

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago

Envíenos la solicitud de pago 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.

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 rápidamente.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (**kp.org/espanol**) o llame a Servicio a los Miembros para solicitarlo. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros figuran en la contraportada de este folleto.

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

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado
Claims Department
P.O. Box 373150
Denver, CO 80237-3150

Debe presentar su reclamación en un plazo de 365 días a partir de la fecha en la que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Llame a Servicio a los Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si no sabe cuánto debería haber pagado o recibe facturas y no está seguro de qué debe hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamarnos para darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

SECCIÓN 3. Consideraremos su solicitud de pago y responderemos “sí” o “no”

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

Una vez que recibimos su solicitud de pago, le diremos si necesitamos que nos envíe información adicional. De otra forma, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas para obtener la atención o el medicamento, le pagaremos la parte que nos corresponde del costo del servicio. Si usted ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos su reembolso de nuestra parte del costo por correo. Si todavía no pagó el servicio o medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (En el Capítulo 3, se explican las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos. En el Capítulo 5, se explican las reglas que debe seguir para que se cubran sus medicamentos recetados de la Parte D).
- Si decidimos que una atención médica o un medicamento no están cubiertos, o que usted no siguió todas las reglas pertinentes, no le pagaremos la parte que nos corresponde del costo de la atención o el medicamento. En cambio, le enviaremos una carta que explique las razones por las que no le enviamos el pago que solicitó y sus derechos de apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le respondemos que no pagaremos por todo o parte de la atención médica o del medicamento, usted puede presentar una apelación.

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, o si no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Esto significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de denegar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto, “Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y queja)”. La apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si nunca presentó una apelación, le será útil comenzar leyendo la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una sección de introducción en la que se explica el proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones, y en la que se incluyen definiciones de términos, como “apelación”.

Después de leer la Sección 5, puede leer la sección del Capítulo 9 que le indica qué hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación para que se le devuelva un pago por un servicio médico, lea la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación para que se le devuelva un pago por un medicamento, lea la Sección 7.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4. Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos las copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a hacer un seguimiento de los costos de su bolsillo

Hay situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que hizo por medicamentos. Esto no significa que nos esté solicitando un pago, sino que necesitamos esta información sobre sus pagos para calcular correctamente los costos de su bolsillo. Esto puede ayudarlo a calificar más rápidamente para la Etapa de Cobertura Catastrófica.

A continuación, se presenta una situación en la que debería enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que haya realizado por sus medicamentos:

Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia para pacientes que ofrece el fabricante de un medicamento

Algunos miembros se inscriben en un programa de asistencia para pacientes que es ofrecido por un fabricante de medicamentos y que no se incluye como beneficio de nuestro plan. Si obtiene algún medicamento a través de un programa que ofrece el fabricante de un medicamento, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia para pacientes.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que los gastos de su bolsillo cuenten para que usted califique para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Importante:** Debido a que usted obtiene su medicamento a través de un programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios de nuestro plan, no pagaremos por ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Sin embargo, si envía una copia del recibo, podemos calcular los costos de su propio bolsillo correctamente y esto podría ayudarlo a calificar más rápido para la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Esta situación no se considera una decisión de cobertura porque usted no está solicitando un pago en el caso que se ha descrito. Por lo tanto, usted no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1. Debemos respetar sus derechos como un miembro de nuestro plan.....	134
Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, large print, or CD)	134
Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de un modo adecuado para usted (en idiomas distintos al inglés, en Braille, en letra grande o en CD)	134
Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento	135
Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que tenga acceso en tiempo y forma a los servicios y medicamentos cubiertos	135
Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal.....	135
Sección 1.5 Debemos proporcionarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos	136
Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	138
Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedir que reconsideremos nuestra decisión.....	139
Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si considera que se lo está tratando de manera injusta o no se están respetando sus derechos?	140
Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos.....	140
Sección 1.10 Información sobre las evaluaciones de nueva tecnología.....	141
Sección 1.11 Usted puede realizar sugerencias sobre derechos y responsabilidades	141
SECCIÓN 2. Usted tiene algunas responsabilidades por ser miembro de nuestro plan	141
Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?.....	141

SECCIÓN 1. Debemos respetar sus derechos como un miembro de nuestro plan**Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, large print, or CD)**

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English-speaking members. This booklet is available in Spanish by calling Member Services (phone numbers are on the back cover of this booklet). We can also give you information in Braille, large print, or CD at no cost if you need it. We are required to give you information about our plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact our Civil Rights Coordinator.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this **Evidence of Coverage** or with this mailing, or you may contact Member Services for additional information.

Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de un modo adecuado para usted (en idiomas distintos al inglés, en Braille, en letra grande o en CD)

Para obtener información de una forma que se adapte a sus necesidades, por favor llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles sin costo para responder las preguntas de los miembros discapacitados y que no hablan inglés. Este folleto está disponible en español o chino; llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). Si la necesita, también podemos darle, sin costo, información en Braille, letra grande o CD. Tenemos la obligación de darle información acerca de los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener nuestra información de una forma que se adapte a sus necesidades, por favor llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o comuníquese con nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, por favor llame para presentar una queja a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede presentar una queja en Medicare llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** o directamente en la Oficina de Derechos Civiles. En esta Evidence of Coverage (**Evidencia de Cobertura**) o en esta carta se incluye la información de contacto, o bien puede comunicarse con Servicio a los Miembros para obtener información adicional.

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento

Nuestro plan está sujeto a leyes que protegen a nuestros miembros contra la discriminación y el trato injusto. No discriminamos a ninguna persona por su raza, grupo étnico, país de origen, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, prueba de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

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 local de Derechos Civiles.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para tener acceso a la atención, llame al Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si tiene alguna queja, como algún problema relacionado con el acceso en silla de ruedas, Servicio a los Miembros puede ayudarlo.

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que tenga acceso en tiempo y forma a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un médico de cabecera (PCP) de nuestra red para proporcionarle y coordinar sus servicios cubiertos (en el Capítulo 3, se explica esto). Llame a Servicio a los Miembros para saber qué médicos están aceptando nuevos pacientes (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a ir a un especialista en la salud de la mujer (tal como un ginecólogo), un proveedor de servicios de salud mental y un optometrista sin una remisión, así como a otros proveedores que se describen en la Sección 2.2 del Capítulo 3.

Como miembro del plan, tiene el derecho a hacer citas y recibir los servicios cubiertos de nuestra red de proveedores en un periodo razonable. Aquí se incluye el derecho a recibir servicios de especialistas de forma oportuna cuando los necesita. También tiene derecho a surtir o volver a surtir sus recetas en las farmacias de nuestra red sin grandes demoras.

Si considera que no está obteniendo la atención médica o los medicamentos de la Parte D en un periodo razonable, en la Sección 11 del Capítulo 9 de este folleto, se le indica qué puede hacer. (Si le hemos negado la cobertura de su atención médica o la de sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, en la Sección 5 del Capítulo 9, se le indica qué puede hacer).

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

- Su “información médica personal” incluye todos los datos personales que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan, su historia clínica y otra información médica y de la salud.

- Las leyes que protegen su privacidad también le otorgan derechos que le permiten tener acceso a la información y limitar el uso de su información médica. Le hemos entregado una notificación por escrito llamada “Aviso sobre las Prácticas de Privacidad”, donde se describen estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización tenga acceso a sus expedientes o los modifique.
- En la mayoría de los casos, para compartir su información médica con un tercero que no le proporciona atención ni paga por ella, primero debemos solicitarle a usted un permiso por escrito. Usted u otra persona a quien designe como su representante legal pueden dar este permiso por escrito.
- Existen ciertas excepciones, que están contempladas en la ley o que son un requisito legal. Estas excepciones se permiten o se exigen de conformidad con las leyes.
 - ♦ Por ejemplo, tenemos la obligación de revelar información médica a las agencias del gobierno que supervisan la calidad de la atención.
 - ♦ Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, también tenemos el deber de compartir su información médica con Medicare, incluida la relacionada con sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a las normas y los estatutos federales.

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

Usted tiene el derecho a ver su expediente médico que guarda nuestro plan y a recibir una copia de su expediente. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos datos o corrijamos la información que aparece en estos expedientes médicos. 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 alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto)

Sección 1.5 Debemos proporcionarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene el derecho a recibir varios tipos de información de nosotros. (Como se explica en la Sección 1.1 anterior, usted tiene derecho a que le proporcionemos la información de manera que le resulte útil; esto incluye obtener la información en español y en Braille, letras grandes o CD).

Si necesita cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre el plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero de nuestro plan, la cantidad de apelaciones que presentan los miembros y el nivel de rendimiento de nuestro plan, incluida la calificación asignada por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes médicos de Medicare.
- **Información sobre los proveedores de la red, incluidas las farmacias de la red.**
 - ◆ Por ejemplo, tiene el derecho a recibir información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de la red, y cómo les pagamos a los proveedores que están en nuestra red.
 - ◆ Para ver una lista de los proveedores de nuestra red, consulte el **Directorio de Proveedores**.
 - ◆ Para ver una lista de las farmacias que están dentro de nuestra red, consulte el **Directorio de Farmacias**.
 - ◆ Si necesita más detalles sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web en **kp.org/directory**.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.**
 - ◆ En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, cualquier restricción que se aplique a su cobertura y las reglas que debe seguir para recibir los servicios médicos cubiertos.
 - ◆ Para obtener detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto y la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Estos capítulos, junto con la Lista de Medicamentos, le indican qué medicamentos están cubiertos y explican las reglas que debe seguir y las restricciones que se aplican a su cobertura para ciertos medicamentos.
 - ◆ Si tiene alguna pregunta sobre estas reglas o las restricciones, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
 - ◆ Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto en su caso, o bien se aplica algún tipo de restricción, tiene derecho a solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a esta explicación incluso si obtiene el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia de que no pertenece a la red.
 - ◆ Si no está conforme o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué tipos de atención médica o medicamentos de la Parte D tienen cobertura para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos esta decisión. Puede pedirnos que cambiemos de decisión mediante una apelación. Consulte en el Capítulo 9 de este folleto más información sobre qué hacer si un servicio o artículo no tiene la cobertura que usted piensa que debería tener. Le ofrece detalles sobre cómo presentar una apelación si quiere que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 9, también se explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes.)
 - ◆ Consulte en el Capítulo 7 de este folleto cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que ha recibido por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D.

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención**Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento disponibles y a participar en las decisiones sobre su atención médica**

Cuando obtiene servicio de atención de la salud, tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Los proveedores deben explicarle su afección 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.** Esto significa que tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección médica, independientemente de cuánto cuesten o de si tienen cobertura del plan. También deben explicarle sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar y usar sus medicamentos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre todos los riesgos asociados a su atención. Deben notificarle por adelantado si cualquier tipo de atención médica o tratamiento propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene derecho a negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene el derecho a rechazar cualquier tratamiento que se le recomiende. Esto incluye la opción de abandonar un hospital u otro centro médico, aun si los médicos le recomiendan que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted es enteramente responsable de lo que pudiera sucederle a su cuerpo como consecuencia de esto.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para atención médica.** Si un proveedor se niega a proporcionarle atención que usted considera que debe recibir, tiene derecho a recibir una explicación al respecto de nuestra parte. Si desea una explicación, debe solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. En el Capítulo 9 de este folleto, se explica cómo solicitar una decisión sobre la cobertura.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué desea que se haga si no puede tomar decisiones sobre su atención médica por usted mismo.

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 por escrito sobre cómo desea que gestionen su atención médica si algún día se vuelve incapaz de tomar decisiones usted mismo.

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

Si desea usar unas “instrucciones por anticipado” para dar sus indicaciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Si desea usar unas instrucciones por anticipado, puede solicitar un formulario a su abogado o a un trabajador social o conseguirlo en algunas tiendas de materiales para oficina. A veces, puede conseguir este formulario a través de organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. Puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar los formularios (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- **Llene y firme el formulario.** Independientemente de dónde obtenga el formulario, recuerde que es un documento legal. Tal vez quiera que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas adecuadas.** Debe dar una copia del formulario a su médico y a la persona que usted indique en el formulario que tomará las decisiones si usted no puede. Es posible que también quiera entregar copias a los amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en su hogar.

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

- Cuando ingrese al hospital le preguntarán si firmó un formulario de instrucciones por anticipado y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado, en el hospital, habrá formularios disponibles y, cuando llegue, le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que usted decide si quiere o no llenar un formulario de instrucciones por anticipado (incluida la decisión de firmar uno si está en el hospital). La ley indica que nadie puede negarle atención ni discriminarlo porque usted haya firmado o no haya firmado un formulario de instrucciones por anticipado.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si usted firmó un formulario de instrucciones por anticipado y considera que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones que allí se indican, usted puede presentar una queja ante el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado.

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedir que reconsideremos nuestra decisión

En el Capítulo 9 de este folleto, se le indica qué puede hacer si tiene un problema o una inquietud acerca de su atención o servicios cubiertos. Ese capítulo le explica en detalle la forma de tratar todo tipo de problemas y quejas.

Las medidas que debe tomar para dar seguimiento a un problema o una inquietud dependen de la situación. Es posible que necesite solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura, que

tenga que presentar una apelación para cambiar una decisión sobre la cobertura o que precise presentar una queja. Tenemos la obligación de tratarlo con imparcialidad cuando pida una decisión de cobertura o presente una apelación o una queja.

Tiene derecho a recibir un resumen de la información sobre las apelaciones y las quejas que otros miembros presentaron ante nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si considera que se lo está tratando de manera injusta o no se están respetando sus derechos?

Si se trata de un caso de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que no recibe un trato justo o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad o país de origen, debe llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1800-368-1019** o a TTY: **1800-537-7697**, o a su Oficina local de Derechos Civiles.

¿Se trata de otro motivo?

Si cree que no recibe un trato justo o que no se han respetado sus derechos, y no se trata de un caso de discriminación, puede obtener ayuda para solucionar su problema:

- Puede llamar a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud. Consulte la Sección 3 del Capítulo 2 para obtener los detalles sobre esta organización y su información de contacto.
- También puede llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varias formas de obtener más información sobre sus derechos:

- **Puede llamar a Servicio a los Miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- **Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud.** Consulte la Sección 3 del Capítulo 2 para obtener los detalles sobre esta organización y su información de contacto.
- **Puede comunicarse con Medicare:**
 - ♦ Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y Protecciones de Medicare” (Your Medicare Rights & Protections). (La publicación está disponible en <https://www.medicare.gov/pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>).
 - ♦ También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 1.10 Información sobre las evaluaciones de nueva tecnología

El acelerado cambio de la tecnología afecta la atención de la salud y la medicina tanto como a cualquier otra industria. Para determinar si un nuevo medicamento u otro desarrollo médico cuenta con beneficios a largo plazo, nuestro plan monitorea y evalúa cuidadosamente nuevas tecnologías para incluirlas como beneficios con cobertura. Estas tecnologías incluyen procedimientos médicos, dispositivos médicos y nuevos medicamentos.

Sección 1.11 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 alguna sugerencia, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2. Usted tiene algunas responsabilidades por ser miembro de nuestro plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Consulte a continuación las cosas que debe hacer al ser miembro de nuestro plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe cumplir para obtenerlos.**
Consulte en este folleto de **Evidencia de Cobertura** qué servicios tienen cobertura para usted y qué reglas debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.
 - ◆ En los Capítulos 3 y 4, se incluyen detalles sobre los servicios médicos, entre otros, qué tiene y qué no tiene cobertura, las reglas que debe seguir y cuánto debe pagar.
 - ◆ En los Capítulos 5 y 6, se describe la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otro tipo de cobertura de seguro médico o para medicamentos recetados además de la de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos al respecto.**
Llame a Servicio a los Miembros para notificarnos (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
 - ◆ Tenemos la obligación de cumplir con las normas que establecen Medicare y Health First Colorado (Medicaid) para asegurarnos de que, cuando reciba servicios cubiertos de nuestro plan, combine correctamente toda la cobertura que tiene disponible. Esto se denomina “coordinación de beneficios” porque se deben coordinar los beneficios médicos y para medicamentos que le ofrecemos con los que recibe a través de otros planes. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios (Para obtener más información acerca de la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).

- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan siempre que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a atenderlo mejor; proporciónese toda la información que necesitan, hágales preguntas y siga sus instrucciones de tratamiento.**
 - ◆ Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de atención médica a proporcionar la mejor atención posible, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y proporciónese toda la información que necesiten sobre usted y su 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 los objetivos 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.
 - ◆ Asegúrese de resolver todas sus dudas. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de manera que usted pueda comprenderlas. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que recibe, vuelva a preguntar.
- **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, usted es responsable de hacer los siguientes pagos:
 - ◆ Usted debe pagar sus primas del plan para continuar siendo miembro de nuestro plan (consulte la Sección 4.1 del Capítulo 1).
 - ◆ Para reunir los requisitos para nuestro plan, debe estar inscrito en Medicare Parte A y Medicare Parte B. Medicaid le paga a la mayoría de los miembros la prima de la Parte A (si no reúne los requisitos para obtenerla automáticamente) y la prima de la Parte B. Si Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, usted debe continuar pagándolas para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - ◆ Por la mayoría de sus servicios médicos y medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o el medicamento, es decir, un copago (cantidad fija) o un coseguro (un porcentaje del costo total). En el Capítulo 4, se le indica lo que debe pagar por sus servicios médicos. En el Capítulo 6, se le indica lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
 - ◆ Si recibe servicios médicos o medicamentos que no tienen cobertura de nuestro plan o de ningún otro tipo de seguro que pudiera tener, debe pagar el costo total.
 - ◆ Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio o medicamento, puede realizar una apelación. Para obtener información acerca de cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto.
 - ◆ Si se le solicita que pague una penalización por inscripción tardía, debe pagarla para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
 - ◆ Si se le solicita que pague la cantidad adicional para la Parte D debido a que su ingreso es superior (según se informa en su última declaración de impuestos), debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.

- **Avisarnos si se cambia de domicilio.** Es importante que nos avise de inmediato si va a cambiarse de domicilio. Llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
 - ◆ Si usted se cambia a un domicilio que está fuera de nuestra área de servicio, no puede continuar siendo miembro de nuestro plan (El Capítulo 1 le informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a investigar si su nuevo domicilio se encuentra fuera de nuestra área de servicio. Si abandona nuestra área de servicio, dispondrá de un periodo de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos decirle si tenemos un plan en su nueva área.
 - ◆ Si cambia de domicilio sin salir del área de servicio de nuestro plan, igualmente debe avisarnos para que podamos actualizar su información de membresía y sepamos cómo comunicarnos con usted.
 - ◆ Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferrovianos). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame a Servicio a los Miembros.** También lo invitamos a compartir con nosotros cualquier sugerencia que pudiera tener sobre cómo mejorar nuestro plan.
 - ◆ Los números de teléfono y los horarios de atención de Servicio a los Miembros figuran en la contraportada de este folleto.
 - ◆ Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros y conocer nuestra dirección de correo.

CAPÍTULO 9. Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

Antecedentes

SECCIÓN 1. Introducción	147
Sección 1.1 Qué hacer en caso de tener un problema o una inquietud	147
Sección 1.2 ¿Y los términos legales?	147
SECCIÓN 2. Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén conectadas con nosotros	148
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada	148
SECCIÓN 3. ¿Qué proceso debe usar para solucionar su problema?	149
Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?	149

Problemas relacionados con los beneficios de Medicare

SECCIÓN 4. Cómo abordar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicare	150
Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso de presentación de queja?	150
SECCIÓN 5. Guía de información básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones.	150
Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: <i>panorama general</i>	150
Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación	151
Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo ofrece detalles acerca de la situación en que <u>usted</u> se encuentra?	152

SECCIÓN 6. Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	153
Sección 6.1 Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos nuestra parte de los costos de su atención	153
Sección 6.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que autoricemos o proporcionemos la cobertura para la atención médica que desea)	155
Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión para una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)	158
Sección 6.4 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2	161
Sección 6.5 ¿Qué sucede si usted nos solicita que paguemos nuestra parte de los costos de una factura que recibió por atención médica?	163
SECCIÓN 7. Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	164
Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D	164
Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?	166
Sección 7.3 Cosas importantes que hay que saber sobre la solicitud de excepciones	167
Sección 7.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	168
Sección 7.5 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión para una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)	171
Sección 7.6 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2	174
SECCIÓN 8. Cómo solicitarnos una cobertura de hospitalización más larga si considera que su médico le da de alta muy pronto	176
Sección 8.1 Durante su estadía como paciente hospitalizado, usted recibirá una notificación escrita por parte de Medicare que le indicará sus derechos	176
Sección 8.2 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	178
Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	180
Sección 8.4 ¿Qué ocurre si usted no presenta a tiempo su Apelación de Nivel 1?	182

SECCIÓN 9. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura termina demasiado pronto..... 185

Sección 9.1 *Esta sección únicamente trata sobre tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención en centros de enfermería especializada y servicios recibidos en un CORF..... 185*

Sección 9.2 Le informaremos con antelación cuando su cobertura esté por terminar 185

Sección 9.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo..... 186

Sección 9.4 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo..... 188

Sección 9.5 ¿Qué ocurre si usted no presenta a tiempo su Apelación de Nivel 1? 190

SECCIÓN 10. Cómo presentar una apelación de Nivel 3 y superior 192

Sección 10.1 Nivel 3, 4 y 5 de las Apelaciones de Servicios Médicos 192

Sección 10.2 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 y Apelaciones de Medicamentos de la Parte D 194

Presentar quejas

SECCIÓN 11. Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 195

Sección 11.1 ¿Qué tipo de problemas se tratan con el proceso de quejas?..... 195

Sección 11.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”..... 197

Sección 11.3 Paso a paso: cómo presentar una queja..... 197

Sección 11.4 Usted también puede presentar una queja sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad 198

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare sobre su queja..... 199

SECCIÓN 12. Cómo abordar los problemas relacionados con sus beneficios de Health First Colorado (Medicaid)..... 199

Antecedentes

SECCIÓN 1. Introducción

Sección 1.1 Qué hacer en caso de tener un problema o una inquietud

En esta sección, se explican los procesos para solucionar problemas e inquietudes. El proceso que usa para resolver su problema depende de dos factores:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por Medicare y Medicaid. Si necesita ayuda para decidir si usará el proceso de Medicare o de Medicaid, o ambos procesos, comuníquese con Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en contraportada de este folleto).
2. El tipo de problema que tenga.
 - Para ciertos problemas, debe usar el proceso de toma de decisiones sobre la cobertura y apelaciones.
 - Para otros tipos de problemas, debe usar el proceso para presentar quejas.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar un trato justo y oportuno de su problema, cada proceso tiene normas, procedimientos y plazos que se aplican tanto a usted como a nosotros.

¿Cuál debe usar?

En la Sección 3, se encuentra una guía que lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar.

Sección 1.2 ¿Y los términos legales?

Algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo tienen nombres legales técnicos. La mayoría de las personas desconocen muchos de estos términos, que pueden ser difíciles de comprender.

Para evitar confusiones, en este capítulo, hemos decidido omitir ciertos términos legales y usar palabras simples para explicar los procedimientos y las reglas legales. Por ejemplo, decimos “presentar una queja” en lugar de “interponer una queja formal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También tratamos en lo posible de evitar el uso de abreviaturas.

No obstante, a veces, puede ser útil (e importante) conocer el término legal correcto aplicable a su situación. Saber qué términos usar puede ayudarlo a comunicar su problema de forma más clara y precisa, y a obtener la ayuda o la información adecuadas que necesita para su caso en particular. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos los términos legales cuando le damos más información sobre cómo manejar tipos de situaciones específicas.

SECCIÓN 2. Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén conectadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

A veces, puede resultar difícil iniciar y llevar adelante un proceso para solucionar un problema, en especial si no se siente bien o tiene un nivel de energía limitado. En otras ocasiones, es posible que simplemente no tenga el conocimiento necesario para seguir adelante.

Solicite ayuda a una organización independiente del gobierno

Si bien estamos siempre disponibles para ofrecerle ayuda, en ciertas situaciones, tal vez le convenga recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede llamar al **Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)**. Este programa del gobierno cuenta con asesores capacitados en todos los estados, y no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Estos asesores pueden ayudarlo a entender qué proceso usar para solucionar su problema. También pueden responder sus preguntas, proporcionarle más información y darle indicaciones sobre qué debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP no tienen costos. Encontrará los números de teléfono en la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto.

También puede solicitar ayuda e información a Medicare

Si necesita información y ayuda para solucionar un problema, puede contactarse con Medicare. Hay dos formas de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>).

También puede obtener ayuda e información de parte de Medicaid.

Si necesita información y ayuda para solucionar un problema, también puede comunicarse con Health First Colorado (Medicaid).

Hay dos formas de obtener información directamente de Health First Colorado (Medicaid):

- Puede llamar al **1-800-221-3943**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.
- Puede visitar el sitio web del Department of Health Care Policy and Financing (Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica): www.healthfirstcolorado.com/es/.

SECCIÓN 3. ¿Qué proceso debe usar para solucionar su problema?

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?

Como usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, puede usar diferentes procesos para abordar su problema o queja. El proceso que usará dependerá de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, debe usar el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicaid, debe usar el proceso de Medicaid. Si necesita ayuda para decidir si usará el proceso de Medicare o de Medicaid, comuníquese con Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

Estos procesos se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, use el cuadro que se muestra a continuación.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud, COMIENCE AQUÍ:

¿Está su problema relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?

(Si necesita ayuda para determinar si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o de Medicaid, comuníquese con Servicio a los Miembros. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros figuran en la contratapa de este folleto).

- **Mi problema está relacionado con los beneficios de Medicare:**

Consulte la siguiente sección de este capítulo; Sección 4: “Cómo abordar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicare”.

- **Mi problema está relacionado con la cobertura de Medicaid:**

Continúe con la Sección 12 de este capítulo: “Cómo abordar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid”.

Problemas relacionados con los beneficios de Medicare:

SECCIÓN 4. Cómo abordar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso de presentación de queja?

Si tiene un problema o una inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. En el siguiente cuadro, encontrará información sobre la sección de este capítulo que debe consultar para resolver problemas o quejas sobre los beneficios cubiertos por Medicare.

Use este cuadro para averiguar qué parte de este capítulo lo ayudará a resolver su problema o inquietud sobre sus beneficios de Medicare.

¿Su problema o inquietud está relacionado con los beneficios o la cobertura?

(Aquí se incluyen problemas como, por ejemplo, si un servicio de atención médica o medicamento recetado en particular tiene cobertura o no, el tipo de cobertura que tiene y los problemas relacionados con el pago de la atención médica y los medicamentos recetados).

- **Sí, mi problema se relaciona con los beneficios o la cobertura:**

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5**: “Guía de información básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones”.

- **No, mi problema no se relaciona con los beneficios o la cobertura:**

Continúe con la **Sección 11 al final de este capítulo**: “Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”.

SECCIÓN 5. Guía de información básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones.

Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: *panorama general*

Los procesos para solicitar que se tomen decisiones sobre la cobertura y para la presentación de apelaciones se usan para problemas relacionados con los beneficios y la cobertura, incluidos los problemas relacionados con los pagos. Este proceso se aplica cuando se intenta determinar si algo tiene o no cobertura y qué tipo de cobertura es.

Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos o por sus medicamentos. También estamos tomando una decisión de cobertura cuando determinamos qué tiene cobertura para usted y cuánto pagamos nosotros. Por ejemplo, su médico de la red toma una decisión (favorable) sobre la cobertura para usted cada vez que recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red lo remite a un médico especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura, en caso de que su médico no esté seguro de si un servicio médico específico está cubierto o se niegue a proporcionar la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.

En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión sobre la cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está de acuerdo, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión que tomamos sobre la cobertura.

Cuando presenta una apelación por primera vez, eso se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisaremos la decisión tomada sobre la cobertura para analizar si se siguieron todas las normas correctamente. Revisores distintos a los que tomaron la decisión original desfavorable evaluarán su apelación. Cuando hayamos completado la revisión, le daremos a conocer nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión acelerada o rápida sobre la cobertura” o una apelación rápida de una decisión sobre la cobertura.

Si respondemos *negativamente* a toda o a parte de su Apelación de Nivel 1, puede pasar a la Apelación de Nivel 2, que estará a cargo de una organización independiente sin relación con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente como Apelación de Nivel 2. Le informaremos si esto sucede. En otras situaciones, usted tendrá que solicitar la Apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, puede pasar a varios niveles más de apelación.

Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

¿Necesita ayuda? Si desea solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación, le recomendamos los siguientes recursos:

- **Puede llamar a Servicio a los Miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Para obtener ayuda sin costo de una organización independiente que no esté relacionada con nuestro plan, **comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud** (consulte la Sección 2 de este capítulo).

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

- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.**
 - ♦ Para asuntos de atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una Apelación de Nivel 1 por usted. Si su Apelación de Nivel 1 es denegada, será enviada al Nivel 2 automáticamente. Debe designar a su médico como su representante para solicitar una apelación que vaya más allá del Nivel 2.
 - ♦ Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que recete puede solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una Apelación de Nivel 1 o Nivel 2 por usted. Para presentar una Apelación de Nivel 2 en adelante, su médico u otro profesional que recete debe ser designado como su “representante”.
- **Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona como su “representante” para que solicite una decisión sobre la cobertura o presente una apelación.
 - ♦ Es posible que, de acuerdo con las leyes estatales, ya haya una persona con la autoridad legal para actuar en su nombre.
 - ♦ Si desea que un amigo, familiar, médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario “Designación de un representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf> o en nuestro sitio web en kp.org/espanol). El formulario da a esa persona permiso para representarlo a usted. Debe incluir su firma y la de la persona que usted designe como su representante. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente.** Puede contactarse con su propio abogado o bien obtener el nombre de uno a través del colegio local de abogados o de otro servicio de remisiones. También existen grupos que ofrecen servicios legales sin costos, si usted califica para recibirlos. Sin embargo, contratar un abogado no es un requisito para solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo ofrece detalles acerca de la situación en que usted se encuentra?

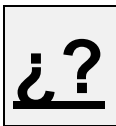
Hay cuatro tipos diferentes de situaciones en las que se usan decisiones sobre la cobertura y apelaciones. Como las reglas y los plazos aplicables dependen de cada situación, incluimos información detallada de cada una en una sección aparte:

- La Sección 6 de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- La Sección 7 de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- La Sección 8 de este capítulo: “Cómo solicitarnos una cobertura de hospitalización más larga si considera que su médico le da de alta muy pronto”.

- La Sección 9 de este capítulo: “Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura termina muy pronto” (solo se aplica a estos servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de cuál es la sección que debe usar, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, por ejemplo, de su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (en la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto, se encuentran los números de teléfono de este programa).

SECCIÓN 6. Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Leyó la Sección 5 de este capítulo (“Guía de información básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones”)? Si no lo hizo, podría ser conveniente que lo hiciera antes de empezar esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos nuestra parte de los costos de su atención

En esta sección, se describen sus beneficios para servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto: “Tabla de Beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)”. Para simplificar, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención médica o tratamiento o servicios” cada vez.

Esta sección le dice qué puede hacer si se encuentra en una de las cinco siguientes situaciones:

1. No recibe un tipo en particular de atención médica que desea, y cree que esta atención tiene cobertura de nuestro plan.
2. No aprobaremos la atención médica que su médico u otro proveedor médico desean proporcionarle, y usted cree que esta atención tiene cobertura de nuestro plan.
3. Ha recibido servicios o atención médica que cree que deben tener cobertura del plan, pero nos hemos negado a pagar por ellos.
4. Ha recibido y pagado servicios o atención médica que cree que deben tener cobertura de nuestro plan, y desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de esta atención.
5. Se le informa que se reducirá o se cancelará la cobertura de determinada atención médica que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado antes, y usted considera que esta reducción o cancelación puede afectar su salud.

Nota: Si la cobertura que se cancelará es para servicios de atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en Centros de enfermería especializada o Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), debe leer una sección aparte de este capítulo, ya que se aplican reglas especiales para estos tipos de atención.

A continuación, le indicamos qué debe leer en esas situaciones:

- **La Sección 8 del Capítulo 9:** “Cómo solicitarnos una cobertura de hospitalización más larga si considera que su médico le da de alta muy pronto”.
- **La Sección 9 del Capítulo 9:** “Cómo puede pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura terminó demasiado pronto”. Esta sección únicamente trata sobre tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención en centros de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).

Para todas las demás situaciones en que le informen que la atención médica que recibe será suspendida, use esta sección (Sección 6) como guía para saber qué debe hacer.

¿Cuál de estas situaciones se aplica a su caso?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea saber si cubriremos los servicios o la atención médica que desea?	Usted puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la siguiente sección de este capítulo, la Sección 6.2 .
¿Ya le hemos informado que no cubriremos o pagaremos un servicio médico de la forma que desea que se cubra o pague?	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos solicita que reconsideremos la decisión). Pase a la Sección 6.3 de este capítulo.
¿Desea solicitarnos un reembolso por servicios o atención médica que ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Consulte la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que autoricemos o proporcionemos la cobertura para la atención médica que desea)

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina “**determinación de la organización**”.

Paso 1: Usted nos pide que tomemos una decisión de cobertura sobre la atención médica que solicita. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitarnos una “decisión de cobertura rápida”.

Términos legales

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “**determinación de cobertura acelerada**”.

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea.

- El primer paso es llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener más detalles sobre cómo contactarnos, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección que se llama “Cómo contactarnos cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una queja informal sobre su atención médica”.

Por lo general, usamos un plazo estándar para tomar la decisión

Usaremos un plazo “estándar” para tomar nuestra decisión, a menos que hayamos acordado responderle en un plazo “rápido”. **Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario desde el momento en que recibamos su solicitud.**

- Sin embargo, podemos tardar hasta 14 días calendario más si usted solicita más tiempo o si necesitamos información (como la historia clínica de proveedores que no pertenece a la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando usted presente una queja informal rápida, le daremos una respuesta en 24 horas (El proceso para presentar una queja es distinto del proceso para solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones. Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una “decisión rápida sobre la cobertura”.

- **Una decisión rápida sobre la cobertura significa que le responderemos en un plazo de 72 horas.**
 - ◆ Sin embargo, podemos tardar hasta 14 días calendario más si notamos que falta información que pudiese beneficiarlo (tales como expedientes médicos de proveedores de que no pertenece a la red) o si necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
 - ◆ Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo). Nos comunicaremos con usted una vez que hayamos tomado la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**
 - ◆ Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si está solicitando cobertura para atención médica que aún no ha recibido. (No puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si la solicitud es para el pago de atención médica que ya ha recibido).
 - ◆ Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si el uso de los plazos estándar puede afectar gravemente su salud o dañar su capacidad de llevar a cabo sus funciones de forma normal.
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una “decisión rápida sobre la cobertura”,** aceptaremos automáticamente proporcionársela.
- **Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico,** nosotros decidiremos si su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura.
 - ◆ Si determinamos que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta con una explicación (y usaremos en cambio el plazo estándar).
 - ◆ En la carta, también le indicaremos que si su médico solicita una decisión rápida sobre la cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
 - ◆ Esta carta también le dirá cómo puede presentar una “queja rápida informal” acerca de nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos una respuesta.

Plazo para una “decisión rápida sobre la cobertura”

- Por lo general, una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos **en un plazo de 72 horas.**

- ◆ Como se ha explicado antes, **en ciertas circunstancias, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más**. Si determinamos que necesitaremos más días para tomar la decisión sobre la cobertura, se lo informaremos por escrito.
- ◆ Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja informal rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando usted presente una queja rápida, le daremos una respuesta en 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
- ◆ Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o si usamos un periodo extendido, al final de este), usted tiene derecho a presentar una apelación. En la Sección 6.3 que se encuentra a continuación, encontrará información sobre cómo hacer una apelación.
- Si respondemos que **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura para la atención médica aprobada en un plazo de 72 horas desde el momento en que recibimos la solicitud. Si usamos un periodo extendido para tomar la decisión, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al final de este periodo extendido.
- Si respondemos que **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una declaración detallada por escrito para explicarle el motivo de nuestra decisión.

Plazo para una “decisión estándar sobre la cobertura”

- Por lo general, una decisión sobre la cobertura estándar implica que le responderemos **en un plazo de 14 días calendario desde el momento en que recibamos la solicitud**.
 - ◆ Podemos tardarnos hasta 14 días calendario más (“un periodo prolongado”) en determinadas circunstancias. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo comunicaremos por escrito.
 - ◆ Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja informal rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando usted presente una queja rápida, le daremos una respuesta en 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - ◆ Si no le damos una respuesta en 14 días calendario (o si se prolonga ese periodo, al finalizar ese plazo), tiene derecho a presentar una apelación. En la Sección 6.3 que se encuentra a continuación, encontrará información sobre cómo hacer una apelación.
- Si nuestra respuesta es **Sí** a una parte o a todo lo que solicitó, debemos autorizar o proporcionar la cobertura de la atención médica que acordamos proporcionar en un plazo de 14 días calendario después de que hayamos recibido su solicitud. Si usamos un periodo extendido para tomar la decisión de cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al final de este periodo extendido.
- Si nuestra respuesta es **No** a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una explicación por escrito del motivo para nuestra respuesta negativa.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si decimos que **no**, usted tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos la decisión y, tal vez, cambiemos nuestra decisión. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de la atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que el caso se deriva al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 6.3 que se encuentra a continuación).

Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1
(cómo solicitar una revisión para una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales

Una apelación presentada a nuestro plan en relación con una decisión de cobertura de atención médica se llama una “**reconsideración**” del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué debe hacer:

- **Para comenzar una apelación, usted, su médico o su representante debe comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles acerca de cómo contactarnos para aclarar cualquier asunto relacionado con su apelación, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada “Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D”.
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela mediante una solicitud por escrito.**
 - ♦ Si alguien, que no sea su médico, apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir un formulario de “Designación de Representante” que autorice a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto) y solicite el formulario de “Designación de Representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare, en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf>, o en nuestro sitio web en kp.org/espanol). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo hayamos recibido. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación se desestimarán. 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.

- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos al número de teléfono** que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, “Cómo contactarnos cuando presenta una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D”.
- **Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha que aparece en la notificación por escrito que le enviemos** para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión sobre la cobertura. Si no puede presentar la apelación en este plazo pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, podemos darle más tiempo. Los ejemplos de una buena causa para no cumplir con el plazo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
 - ♦ Tiene derecho a pedirnos una copia de toda la información relacionada con su apelación. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
 - ♦ Si lo desea, usted y su médico pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una “apelación rápida” (puede hacerlo por teléfono).

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deben determinar si se necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y los procedimientos para presentar una “apelación rápida” son los mismos que para una “decisión rápida sobre la cobertura”. Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que usa para pedir una decisión de cobertura rápida (Las instrucciones se proporcionan arriba en esta sección).
- Le proporcionaremos una “apelación rápida” si su médico nos informa que la necesita debido a su estado de salud.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura para atención médica. 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 rápida”

- Cuando usemos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta dentro de las **72 horas** desde el momento en que la recibamos. Le daremos una respuesta antes si es necesario debido a su estado de salud.

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

- ◆ Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más**. Si decidimos tomarnos más días para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- ◆ Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al finalizar el periodo prolongado, si nos tomamos más días), automáticamente debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, se incluye información sobre esta organización y se explica qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si respondemos **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 72 horas desde el momento en que recibamos la apelación.
- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación de negación por escrito para explicarle que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta en un **plazo de 30 días** calendario desde el momento en que recibamos su apelación, si la apelación se relaciona con la cobertura de servicios que aún no haya recibido. Le daremos una respuesta antes si es necesario debido a su estado de salud.
 - ◆ Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardarnos hasta 14 días calendario más**. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
 - ◆ Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando usted presente una queja rápida, le daremos una respuesta en 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - ◆ Si no le damos una respuesta en el plazo indicado anteriormente (o al final del periodo extendido si necesitamos más días), debemos derivar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, se incluye información sobre esta organización de revisión y se explica qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si respondemos **sí** a toda o parte de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado brindar en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido la apelación.
- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación de negación por escrito para explicarle que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan responde que *No* una parte o toda su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de haber cumplido con todas las normas cuando *rechazamos* su apelación, debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente. Esto significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso, es decir al Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si respondemos que *No* a su Apelación de Nivel 1, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. En una Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión que tomamos de rechazar la primera apelación. Esta organización determina si el plan debe cambiar su decisión.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces, se la conoce como “**IRE**”.

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es un organismo independiente que contrata Medicare.** Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Es una compañía que elige Medicare para actuar como una Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos a esta organización toda la información disponible sobre su apelación. Esta información se denomina “expediente del caso” y usted tiene derecho a solicitarnos una copia. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
- También tiene derecho a entregar a esta Organización de Revisión Independiente toda información adicional que pueda ayudarlo con su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si presentó una “apelación rápida” en el Nivel 1 del proceso, también tendrá una “apelación rápida” en el Nivel 2

- Si presentó una apelación rápida ante nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un **plazo de 72 horas después de que se haya recibido su apelación.**
- No obstante, la Organización de Revisión Independiente puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales si necesita obtener más información que pudiese ser beneficiosa para usted.

Si presentó una “apelación estándar” en el Nivel 1, también tendrá una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si presentó una apelación estándar ante nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 30 días calendario después de que se haya recibido su apelación.
- No obstante, la Organización de Revisión Independiente puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales si necesita obtener más información que pudiese ser beneficiosa para usted.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da una respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- Si la organización de revisión responde que *Sí* a una parte o a todo lo que usted solicitó, debemos autorizar la cobertura de su atención médica dentro de un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de que hayamos recibido la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándar o dentro del plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de parte de la organización de revisión para solicitudes expedidas.
- Si esta organización dice que *No* a parte o a la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que no debe aprobarse su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se llama “respaldar la decisión”. También se llama “denegar la apelación”).
 - ♦ Si la Organización de Revisión Independiente “respalda la decisión”, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra Apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para la atención médica que usted solicita debe cumplir con una cierta cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, usted no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión del Nivel 2 es definitiva. La notificación por escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará sobre cómo averiguar el valor en dólares necesario para continuar el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si quiere llevar su apelación al siguiente nivel.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo cual da un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y su caso cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Las instrucciones sobre cómo hacer esto se incluyen en la notificación por escrito que recibe después de la Apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo. En la Sección 10 de este capítulo, se brinda más información sobre el Nivel 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si usted nos solicita que paguemos nuestra parte de los costos de una factura que recibió por atención médica?

Si usted desea solicitarnos que paguemos por la atención médica, lea el Capítulo 7 de este folleto “Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de los costos de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos”. El Capítulo 7 describe las situaciones en que 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 para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos que la atención médica por la que pagó sea un servicio cubierto; consulte el Capítulo 4, “Tabla de Beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)”. También verificaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura de atención médica (estas reglas se proporcionan en el Capítulo 3 de este folleto: “Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus servicios médicos”).

Responderemos que *Sí* o que *No* a su solicitud

- Si la atención médica que pagó tiene cobertura y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de nuestro porcentaje del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario desde el momento en que recibamos su solicitud. Por otro lado, si aún no pagó los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor (Enviar el pago es lo mismo que responder que *Sí* a su solicitud de una decisión sobre la cobertura).
- Si la atención médica no tiene cobertura, o usted no cumplió con todas las reglas, no enviaremos el pago. En este caso, le enviaremos una carta para explicarle que no pagaremos los servicios y detallarle cuáles son nuestros motivos. (Cuando rechazamos su solicitud de pago es lo mismo que responder que *No* a su solicitud de una decisión sobre la cobertura).

¿Qué sucede si usted nos solicita un pago y le decimos que no?

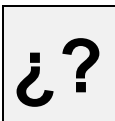
Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Esto significa que nos estará pidiendo que cambiemos la decisión de rechazar su solicitud de cobertura.

Para presentar esta apelación, siga los pasos del proceso de apelaciones que se describen en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Al seguir estas instrucciones, tenga en cuenta que:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos responderle en un plazo de 60 días calendario desde el momento en que recibamos la 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 rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de denegar el pago, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado en un plazo de 30 días calendario. Si se responde que *Sí* a su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del

Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7. Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Leyó la Sección 5 de este capítulo (“Guía de información básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones”)? Si no lo hizo, le recomendamos que lo haga antes de empezar esta sección.

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Entre sus beneficios como miembro de nuestro plan, se incluye la cobertura para muchos medicamentos recetados. Consulte nuestra **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente 2019**. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse 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 ha sido aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos de Estados Unidos o sustentado por determinadas fuentes de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información acerca de una indicación aceptada desde el punto de vista médico).

- **En esta sección, se explican solo los medicamentos de la Parte D.** Para hacer las cosas simples, generalmente decimos “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”.
- Para ver más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, la **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente 2019**, las reglas y las restricciones para la cobertura, e información sobre los costos, consulte el Capítulo 5 (“Cómo usar la cobertura de nuestro plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D”) y el Capítulo 6 (“Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D”).

Apelaciones y decisiones sobre la cobertura de la Parte D

Como se especifica en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es aquella que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura o del monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama una “**determinación de cobertura**”.

Consulte a continuación ejemplos de decisiones sobre la cobertura que usted puede solicitar para los medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, incluido:
 - ♦ Pedirnos cobertura para un medicamento de la Parte D que no está incluido en la **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente 2019**.
 - ♦ Pedirnos que eliminemos una restricción de cobertura del plan para un medicamento (como un límite para la cantidad que puede recibir de un medicamento).
- Preguntarnos si su cobertura incluye un determinado medicamento y si usted cumple con los requisitos de cobertura. Por ejemplo, cuando el medicamento está incluido en la **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente 2019**, pero requerimos que primero obtenga nuestra aprobación antes de ofrecerle cobertura.
 - ♦ **Nota:** Si en la farmacia le informan que sus recetas no pueden surtirse del modo en que están escritas, recibirá una notificación por escrito en la que le explicaremos cómo comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura.
- Solicitarnos que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esto es una decisión sobre la cobertura para un pago.

Si no está de acuerdo con una decisión del plan sobre la cobertura, puede presentar una apelación.

En esta sección, se explica cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y cómo solicitar una apelación.

Use el siguiente cuadro como ayuda para determinar en qué parte se incluye la información que necesita:

¿Cuál de estas situaciones se aplica a su caso?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos?	Puede solicitarnos que hagamos una excepción (es un tipo de decisión sobre la cobertura). Comience con la Sección 7.2 de este capítulo.
¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y considera que cumple con alguna regla o restricción del plan (tal como obtener aprobación previa) para el medicamento que necesita?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Continúe con la Sección 7.4 de este capítulo.
¿Desea solicitar que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y por el que ya pagó?	Puede solicitarnos un reembolso (es un tipo de decisión sobre la cobertura). Continúe con la Sección 7.4 de este capítulo.
¿Ya le hemos informado que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la forma que desea que se cubra o pague?	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión.) Continúe con la Sección 7.5 de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

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 y como sucede con otros tipos de decisiones sobre la cobertura, si rechazamos su solicitud, usted puede presentar una apelación.

Si usted solicita que se haga una excepción, su médico u otro profesional que receta medicamentos deben explicar los motivos médicos. Evaluaremos su solicitud. Consulte a continuación dos ejemplos de excepciones que pueden solicitar usted, su médico u otro profesional que receta medicamentos:

1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está incluido en nuestra Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente 2019. (La llamamos “Lista de Medicamentos” para abreviar).

Términos legales
Solicitar cobertura para un medicamento que no se incluye en la Lista de Medicamentos a veces se llama pedir una “excepción a la lista” .

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no se incluye en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción para no hacer el copago o pagar el coseguro que le corresponde para recibir el medicamento.
- 2. Eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento cubierto.** Hay reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente 2019** (vaya al Capítulo 5 y consulte la Sección 4).

Términos legales
Solicitar la eliminación de una restricción sobre la cobertura para un medicamento algunas veces se llama solicitar una “excepción del formulario” .

- Entre las reglas y restricciones adicionales de cobertura para ciertos medicamentos, se incluyen:
 - ◆ Requerir que se use la versión genérica de un medicamento de marca.
 - ◆ Obtener la **aprobación del plan por adelantado** antes de que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento para usted. (Esto a veces se llama “autorización previa”).

Sección 7.3 Cosas importantes que hay que saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otra persona que recete deben presentarnos una declaración que explique las razones médicas por las que solicita una excepción. Para obtener una decisión rápida, recuerde incluir esta información médica de su médico u otro profesional que receta medicamentos al solicitar la excepción.

En general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una determinada afección. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos **“alternativos”**. Si el medicamento alternativo fuera igual de eficiente que el medicamento que solicita y no le causaría otros efectos secundarios o problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción.

Responderemos *sí* o *no* a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año del plan. Esto sucederá siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si respondemos *No* a su solicitud de excepción, usted puede pedir una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. La Sección 7.5 le explica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 7.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Paso 1: Usted nos solicita tomar una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que usted necesita. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitarnos una “decisión rápida sobre la cobertura”. No puede pedir una decisión rápida sobre la cobertura si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró.

Qué debe hacer:

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** El primer paso es llamar, escribir o enviar un fax al plan para hacer su solicitud. Tanto usted como su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisión sobre la cobertura a través de nuestro sitio web. Para más detalles, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección “Cómo contactarnos cuando solicite una decisión de cobertura o presente una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D”. Si nos está pidiendo que le reembolsemos un pago de un medicamento, vaya a la sección “Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo por la atención médica o el medicamento que ha recibido”.
- **Usted, su médico o su representante** pueden solicitar una decisión sobre la cobertura. En la Sección 5 de este capítulo, se proporciona información sobre cómo otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede tener a un abogado que actúe en su nombre.
- **Si usted desea solicitarnos el reembolso de un medicamento,** lea el Capítulo 7 de este folleto: “Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de los costos de una factura que recibí por servicios médicos o medicamentos cubiertos”. En el Capítulo 7, se describen situaciones en las que es posible que deba solicitarnos un reembolso. También se explica cómo debe enviarnos la documentación para solicitar que le reembolsemos el porcentaje que nos corresponde del costo de un medicamento que ya ha pagado.
- **Si solicita una excepción, recuerde incluir la “declaración de respaldo”.** Su médico u otro profesional que receta medicamentos deben indicarnos los motivos médicos para solicitar la excepción. (A esto lo llamamos la “declaración de apoyo”). Su médico u otra persona que

recete pueden enviarnos la declaración por fax o correo. También pueden explicarnos los motivos por teléfono y, si fuera necesario, enviarnos después la declaración escrita por fax o correo. Consulte las Secciones 7.2 y 7.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), que está disponible en nuestro sitio web.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una “decisión rápida sobre la cobertura”.

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “ determinación de cobertura acelerada ”.

- Usaremos un plazo “estándar” para tomar nuestra decisión, a menos que hayamos acordado responderle en un plazo “rápido”. Una decisión estándar de cobertura significa que le responderemos en un plazo de **72 horas desde el momento en que recibamos la declaración de su médico**. Una decisión rápida sobre la cobertura significa que le responderemos en un plazo de 24 horas desde el momento en que recibamos la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**
 - ♦ Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura solo si la solicita para un medicamento que aún no haya recibido. (Usted no puede obtener una decisión de cobertura rápida si solicita el reembolso de un medicamento que ya compró).
 - ♦ Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si el uso de los plazos estándar podría afectar gravemente su salud o dañar su capacidad de llevar a cabo sus funciones de forma normal.
- **Si su médico u otro profesional que receta medicamentos nos informa que, debido a su problema médico, se necesita una “decisión rápida sobre la cobertura”,** se la proporcionaremos automáticamente.
- **Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta** (sin el respaldo de su médico u otro profesional que recete medicamentos), nosotros decidiremos si su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura.
 - ♦ Si determinamos que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta con una explicación (y usaremos en cambio el plazo estándar).
 - ♦ En la carta, también le indicaremos que si su médico u otro profesional que recete medicamentos solicitan una decisión rápida sobre la cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
 - ♦ Además, le explicaremos cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de usar una decisión estándar sobre la cobertura en lugar de la rápida que usted solicita. En la carta,

se describe cómo presentar una “queja rápida” para que le demos una respuesta en un plazo de 24 horas a partir del momento en que recibimos la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del que se usa para solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones. Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazo para una “decisión rápida sobre la cobertura”

- Cuando usemos los plazos “rápidos”, debemos darle una respuesta en un **plazo de 24 horas**.
 - ♦ Por lo general, esto significa un plazo de 24 horas desde el momento en que recibimos la solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas desde el momento en que recibimos la declaración de su médico respaldando su solicitud. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
 - ♦ Si no le damos una respuesta en este plazo, debemos elevar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente sin relación con el plan. Más adelante en esta sección, se ofrece información acerca de esta organización de revisión y sobre qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- Si respondemos que **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 24 horas desde el momento en que recibamos su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.
- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué se lo negamos y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si presenta una apelación estándar, debemos darle una respuesta en un **plazo de 72 horas**.
 - ♦ Por lo general, esto significa un plazo de 72 horas desde el momento en que recibimos la solicitud. Si solicita una excepción, le responderemos en un plazo de 72 horas después de haber recibido una declaración de su médico que respalde su solicitud. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
 - ♦ Si no cumplimos con este plazo, estaremos obligados a elevar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, informamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.
- Si respondemos que **Sí** a una parte o a todo lo que usted solicitó:
 - ♦ Si aceptamos su solicitud de cobertura, debemos ofrecer la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 72 horas desde el momento en que recibamos su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.
- Si respondemos que **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué se la negamos y cómo apelar nuestra decisión.

Plazo para una “decisión estándar sobre la cobertura” sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos dar nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** a partir de que recibamos su solicitud.
 - ♦ Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a elevar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, se ofrece información acerca de esta organización de revisión y sobre qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- Si respondemos que *Sí* a una parte o a todo lo que usted solicitó, también debemos pagarle a usted en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si respondemos que *No* a parte o a todo lo que usted solicitó, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué se la negamos y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si respondemos que No a su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es no, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos, e incluso cambiemos, nuestra decisión.

Sección 7.5 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1
(cómo solicitar una revisión para una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales

Una apelación ante nuestro plan acerca de una decisión de cobertura para un medicamento de la Parte D se denomina una “reconsideración” del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su Apelación de Nivel 1. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué debe hacer:

- **Para comenzar una apelación, usted (o su representante o su médico u otra persona que recete) debe ponerse en contacto con nosotros.**
 - ♦ Para obtener detalles acerca de cómo contactarnos por teléfono, fax, correo o por medio de nuestro sitio web por cualquier asunto relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada “Cómo contactarnos cuando presenta una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D”.
- **Presente una solicitud firmada por escrito si solicita una apelación estándar.**
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentarla por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, “Cómo contactarnos**

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

cuando presenta una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D”.

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha que aparece en la notificación por escrito que le** enviemos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión sobre la cobertura. Si no puede presentar la apelación en este plazo pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, podemos darle más tiempo. Los ejemplos de una buena causa para no cumplir con el plazo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información que aparece en su apelación y agregar más datos.**
 - ◆ Tiene derecho a pedirnos una copia de toda la información relacionada con su apelación. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
 - ◆ Si tiene información adicional que respalda su apelación, usted, su médico u otro profesional que receta medicamentos pueden enviárnosla.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una “apelación rápida”.

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.

- Si planea apelar una decisión del plan sobre la cobertura de un medicamento que aún no recibió, usted, su médico u otro profesional que receta deberán determinar si se necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que aquellos para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando el plan revisa su apelación, vuelve a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificamos que hayamos seguido todas las reglas cuando respondimos *No* a su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otra persona que recete para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si presenta una apelación rápida, debemos darle una respuesta en un **plazo de 72 horas desde el momento en que la recibimos**. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su problema médico.

- ◆ Si no le damos una respuesta en 72 horas, debemos elevar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la evalúe una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, se incluye información sobre esta organización de revisión y se explica qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si respondemos **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 72 horas desde el momento en que recibamos la apelación.
- Si respondemos **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué dijimos **No** y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si presenta una apelación estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario desde el momento en que recibimos su apelación** por un medicamento que no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y es necesario debido a su afección médica. Si cree que necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una “apelación rápida”.
- Si no le damos una respuesta en 7 días calendario, debemos elevar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la evaluará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, se incluye información sobre esta organización de revisión y se explica qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si nuestra respuesta es **Sí** a una parte o a todo lo que usted solicitó:
 - ◆ Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos proporcionar la cobertura aprobada lo antes posible según sea necesario de acuerdo con su problema médico, **pero antes de que transcurran 7 días calendario** desde el momento en que recibimos la apelación.
 - ◆ Si aprobamos su solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, tenemos la obligación de **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** desde el momento en que recibimos la apelación.
- **Si respondemos que no a toda o parte de su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito para explicarle el motivo del rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le reembolsemos dinero por un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - ◆ Si no le damos una respuesta en 14 días calendario, debemos elevar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la evaluará una Organización de Independiente. Más adelante en esta sección, informamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si respondemos que sí a parte o a la totalidad de su solicitud**, también estaremos obligados a pagarle en el plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si respondemos que no a parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué se lo negamos y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si respondemos que *no* a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si respondemos que *no* a su apelación, puede aceptar esta decisión o continuar con el proceso y presentar otra apelación.

Si decide presentar otra apelación, significa que pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte más adelante).

Sección 7.6 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si respondemos que *No* a su apelación, usted elige entonces si acepta esta decisión o si continúa con el proceso y presenta otra apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando respondimos *no* a su primera apelación. Esta organización determina si el plan debe cambiar su decisión.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces, se la conoce como “**IRE**”.

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (su representante, su médico u otra persona que recete) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si respondemos que *No* a su Apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviemos incluirá instrucciones sobre cómo realizar una Apelación de Nivel 2 con la Organización de Revisión Independiente. En estas instrucciones, se le explicará quiénes pueden presentar esta Apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo puede comunicarse con la organización de revisión.
- Si presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviaremos a esta entidad toda la información que tengamos sobre su apelación. Esta información se denomina “expediente del caso” y usted tiene derecho a solicitarnos una copia. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
- También tiene derecho a entregar a esta Organización de Revisión Independiente toda información adicional que pueda ayudarlo con su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión de su apelación y le proporciona una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es un organismo externo que contrata Medicare.** Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Se trata de una compañía que escoge Medicare para revisar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará sus motivos.

Plazo para una “apelación rápida” de Nivel 2

- Si su salud así lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización de revisión la acepta, debe responder a su Apelación de Nivel 2 en un **plazo de 72 horas desde el momento en que reciba su solicitud de apelación**.
- Si la Organización de Revisión Independiente responde que **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura para el medicamento aprobado por la organización de revisión en un plazo de 24 horas desde el momento en que recibamos la respuesta de la organización de revisión.

Plazo para una “apelación estándar” de Nivel 2

- Si usted presenta una apelación estándar de Nivel 2, la organización de revisión debe responderle **en un plazo de 7 días calendario después de recibirla**, si es por un medicamento que no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos dinero por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si la Organización de Revisión Independiente responde **sí** a toda o parte de su solicitud:
 - ♦ Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la solicitud de cobertura, debemos proporcionar esta cobertura para el medicamento aprobado en un plazo de 72 horas desde el momento en que recibimos la respuesta de la organización.
 - ♦ Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la solicitud de reembolso para un medicamento que usted ya haya comprado, tenemos la obligación de enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario desde el momento en que recibamos la respuesta de la organización de revisión.

¿Qué ocurre si la organización de revisión responde que **No a su apelación?**

Si esta organización responde que **No** a su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “respaldar la decisión”. También se llama “denegar la apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “respalda la decisión”, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para seguir con el proceso y presentar una apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que solicita debe cumplir con una 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 es final. La notificación que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará cuál es el valor en dólares en disputa necesario para continuar el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que usted solicita cumple con el requisito, usted elige si desea llevar su apelación al siguiente nivel.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y su caso cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si lo hace, consulte las instrucciones sobre cómo presentar una tercera apelación que se incluyen en la notificación por escrito que recibió después de la segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo. En la Sección 10 de este capítulo, se incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8. Cómo solicitarnos una cobertura de hospitalización más larga si considera que su médico le da de alta muy 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. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios, incluido cualquier límite de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: “Tabla de Beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)”.

Durante su estadía en el hospital, colaborará con su médico y el personal para prepararse para el día en que será dado de alta. Ellos también se encargarán de coordinar cualquier servicio de atención que pudiese necesitar después de salir del hospital.

- El día que usted sale del hospital se conoce como su “**fecha de alta hospitalaria**”.
- Una vez que se fija la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo hará saber.
- 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. Esta sección le explica cómo solicitarlo.

Sección 8.1 Durante su estadía como paciente hospitalizado, usted recibirá una notificación escrita por parte de Medicare que le indicará sus derechos

Durante su estadía cubierta en el hospital, recibirá una notificación por escrito llamada **Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos (An Important Message from Medicare about Your Rights)**. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de esta notificación cuando son ingresadas en un hospital. Un miembro del personal del hospital (por ejemplo, un trabajador de casos o un enfermero) debe entregársela dentro de los dos días desde su admisión. Si no recibe la notificación pídasela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la

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

- Lea cuidadosamente esta notificación y pregunte si no entiende algo. En ella se explican sus derechos como paciente del hospital, incluidos:
 - ♦ 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 paga y dónde puede recibirlos.
 - ♦ Su derecho a participar en las decisiones sobre su hospitalización y a saber quién cubrirá los costos.
 - ♦ Dónde acudir si tiene alguna inquietud sobre la calidad de la atención en el hospital.
 - ♦ Su derecho a apelar la decisión sobre su alta hospitalaria si usted piensa que está siendo dado de alta del hospital muy pronto.

Términos legales

La notificación escrita de Medicare le indica cómo puede “**solicitar una revisión inmediata**”. La solicitud de una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un retraso en su fecha de alta hospitalaria de tal manera que cubramos su estancia hospitalaria durante más tiempo. (La Sección 8.2 a continuación le dice cómo puede solicitar una revisión inmediata).

- **Debe firmar el aviso por escrito** para mostrar que lo ha recibido y que entiende sus derechos.
 - ♦ Usted o alguien que actúe en su nombre deberá firmar la notificación. (En la Sección 5 de este capítulo, se brinda información sobre cómo otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - ♦ Firmar la notificación demuestra **únicamente** que ha recibido la información sobre sus derechos. En la notificación, no se proporciona su fecha de alta hospitalaria (su médico o el personal del hospital le comunicarán su fecha de alta hospitalaria). Firmar la notificación no significa que usted acepte una fecha de alta hospitalaria determinada.
- **Guarde una copia** de la notificación firmada para tener la información en caso de que necesite presentar una apelación (o informar sobre un problema con la calidad de la atención).
 - ♦ Si firma la notificación más de dos días antes de retirarse del hospital, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta hospitalaria.
 - ♦ Para ver una copia de esta notificación por anticipado, puede llamar a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. También puede verla en línea en **<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>**.

Sección 8.2 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea que cubramos los servicios hospitalarios durante más tiempo, deberá presentar su solicitud a través del proceso de apelaciones. Antes de comenzar, asegúrese de saber qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explican los primeros dos niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entenderlos y de cumplir con todos los plazos que se aplican a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

En una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su apelación.

Esta revisa si su fecha de alta programada es apropiada para usted desde el punto de vista médico.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta hospitalaria. Debe actuar rápido.

A una “revisión rápida” también se le conoce como “revisión inmediata”.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención de la salud que trabajan para el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare contrata a esta organización para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se proporciona a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En el aviso por escrito que reciba (**Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos**), se explica cómo puede comunicarse con esta organización. (También puede localizar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes** de dejar el hospital y **antes de la fecha de alta hospitalaria programada**. (La “fecha de alta hospitalaria programada” es la fecha que se ha fijado para que usted deje el hospital).

- ♦ **Si cumple con este plazo**, se le permitirá 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 sobre su apelación.
- ♦ **Si no cumple con este plazo** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta hospitalaria programada, deberá pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta hospitalaria programada.
- Si se vence el plazo para presentar su apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarla directamente ante el plan. Para obtener más información acerca de esta otra forma para presentar su apelación, consulte la Sección 8.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe solicitar a la Organización para la Mejora de la Calidad una “revisión rápida” de su fecha de alta hospitalaria. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted ha pedido a la organización que use los plazos “rápidos” de apelación en lugar de usar los plazos estándar.

Términos legales
A una “revisión rápida” también se le conoce como “ revisión inmediata ” o “ revisión acelerada ”.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (a quienes llamaremos “los revisores” para abreviar) 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.
- Hacia el mediodía del día después de que los revisores hayan informado a nuestro plan de su solicitud, usted también recibirá una notificación por escrito con su fecha de alta hospitalaria programada 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.

Términos legales

Esta explicación escrita se llama “**Notificación detallada del alta hospitalaria**” (Detailed Notice of Discharge). Para recibir una copia de este aviso, puede llamar al Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 horas al día, 7 días a la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.) O puede ver un ejemplo del aviso en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

Paso 3: Al otro día de tener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le responderá sobre su apelación.

*¿Qué ocurre si la respuesta es **sí**?*

- Si la organización de revisión responde que **Sí** a su apelación, **debemos continuar proporcionando sus servicios hospitalarios con cobertura durante el tiempo que sean necesarios desde el punto de vista médico.**
- Usted deberá seguir pagando la parte de los costos que le corresponde (como deducibles o copagos, si se aplican). Es posible también que se apliquen limitaciones a los servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

*¿Qué ocurre si la respuesta es **no**?*

- Si la organización de revisión responde que **No** a su apelación, significa que la fecha de alta hospitalaria programada es apropiada desde el punto de vista médico. Si esto ocurre, la cobertura de sus servicios para pacientes **hospitalizados terminará** al mediodía del día siguiente 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 dice 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 la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es No, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta hospitalaria programada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted pasará al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, puede presentar una Apelación de Nivel 2.

Con una Apelación de Nivel 2, usted le 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 la Mejora 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 de alta hospitalaria programada.

Consulte a continuación los pasos del proceso de apelaciones del Nivel 2:

Paso 1: Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- **Debe solicitar esta revisión dentro de los 60 días calendario** después del día que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió que *No* a su Apelación de Nivel 1. Únicamente puede solicitar esta revisión si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó la cobertura de su atención.

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 desde la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

*Si la organización de revisión responde que **Sí**:*

- Debemos reembolsarle el porcentaje que nos corresponda de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. Debemos continuar cubriendo la atención como paciente interno que usted reciba durante todo el tiempo que sea necesaria desde el punto de vista médico.
- Debe continuar pagando el porcentaje que le corresponde de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura.

*Si la organización de revisión responde que **No**:*

- Esto significa que los revisores están de acuerdo con la decisión tomada en la Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- 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 y pasar al Nivel 3.

- Después del Nivel 2, hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación (un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, usted puede aceptar esta decisión o continuar con el Nivel 3 y presentar otra apelación. En la Apelación de Nivel 3, un juez de derecho administrativo revisa la apelación.
- En la Sección 10 de este capítulo, se brinda más información sobre el Nivel 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 ¿Qué ocurre si usted no presenta a tiempo su Apelación de Nivel 1?

Puede presentar la apelación con nosotros.

Como se explicó antes en la Sección 8.2, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a fin de empezar la primera apelación de su alta hospitalaria. (“Rápido” significa antes de salir del hospital y antes de su fecha de alta programada). Si no alcanzó la fecha límite para contactar a la organización, existe otra forma para que usted presente su apelación.

Si utiliza esta otra forma para presentar su apelación, los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Paso a paso: cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Si no se pone en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del plazo indicado, puede presentar una apelación ante nuestro plan y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación con un plazo acelerado en lugar del plazo estándar.

Términos legales

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se llama “**apelación acelerada**”.

Paso 1: Llámenos y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener más detalles sobre cómo contactarnos, consulte la Sección 1 del **Capítulo 2** y busque la sección que se llama “Cómo contactarnos cuando presenta una apelación sobre su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D”.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión acelerada”.** Esto significa que usted solicita que le demos una respuesta con un plazo “rápido” en lugar del plazo “estándar”.

Paso 2: Llevamos a cabo una revisión “rápida” de su fecha de alta programada y revisamos si fue apropiada desde el punto de vista médico.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Para determinar si la fecha de alta hospitalaria programada era apropiada desde el punto de vista

médico. Revisaremos la información para ver si la decisión sobre la fecha del alta hospitalaria fue justa y si se siguieron todas las reglas.

- En esta situación, usaremos un plazo “rápido” en lugar de uno estándar para darle una respuesta.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión 72 horas después de que usted solicite una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si respondemos que Sí a su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted y que pensamos que debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta hospitalaria, y seguiremos proporcionándole servicios con cobertura mientras sea necesario desde el punto de vista médico. También significa que acordamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría (Usted debe pagar su porcentaje de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura).
- **Si respondemos que No a su apelación rápida**, significa que la fecha de alta hospitalaria programada era apropiada desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura para los servicios como paciente interno finaliza el día en que dijimos que terminaría.
- **Si permaneció en el hospital después de su fecha de alta hospitalaria programada, es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que haya recibido después de esta fecha.**

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de haber cumplido todas las normas cuando respondimos que **No** a su apelación rápida, debemos enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”. Hacer esto significa que se pasa **automáticamente** al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de Apelación Alternativa de Nivel 2

Si respondemos que **No** a su Apelación de Nivel 1, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. En una Apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** evalúa la decisión que tomamos cuando dijimos que **No** a su “apelación rápida”. Esta organización determina si el plan debe cambiar su decisión.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces, se la conoce como “ IRE ”.

Paso 1: Reenviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente automáticamente.

- Debemos enviar la información para su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas a partir de que hayamos respondido que **No** a su primera apelación. (Si considera que no estamos cumpliendo este u otros plazos, puede

presentar una queja informal. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones La Sección 11 de este capítulo le explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente lleva a cabo una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en el plazo de 72 horas.

- La Organización de Revisión Independiente es un organismo independiente que contrata Medicare. Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Es una compañía que elige Medicare para actuar como una Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación sobre el alta hospitalaria.
- Si esta **organización responde que Sí** a su apelación, entonces debemos reembolsarle (devolverle) nuestro porcentaje de los costos por la atención hospitalaria que haya recibido desde la fecha de alta hospitalaria programada. También debemos seguir proporcionando la cobertura de nuestro plan para su atención como paciente interno mientras sea necesaria desde el punto de vista médico y usted debe continuar pagando su porcentaje de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir la cantidad que le reembolsaremos o el tiempo que seguiremos ofreciendo cobertura para los servicios.
- **Si esta organización responde que no a su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha de alta hospitalaria programada era apropiada desde el punto de vista médico.
 - ♦ En el aviso que le envía la Organización de Revisión Independiente, se le informa por escrito qué puede hacer 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 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores responden que **No** a su Apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- En la Sección 10 de este capítulo, se brinda más información sobre el Nivel 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura termina demasiado pronto

Sección 9.1 *Esta sección únicamente trata sobre tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención en centros de enfermería especializada y servicios recibidos en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)*

Esta sección se refiere **únicamente** a los siguientes tipos de atención:

- **Los servicios de atención médica a domicilio** que reciba.
- **La atención de enfermería especializada** que reciba como paciente en un centro de enfermería especializada (Consulte en el Capítulo 12, “Definición de términos importantes”, los requisitos para ser considerado un “centro de enfermería especializada”).
- **La atención de rehabilitación** que reciba como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que usted recibe tratamiento para una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante (Consulte más información sobre este tipo de centro de atención en el Capítulo 12, “Definiciones de términos importantes”).

Si recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a continuar obteniendo cobertura para ellos durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su parte del costo y cualquier límite en la cobertura que pudiera aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este folleto: “Tabla de Beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)”.

Debemos informarle con anticipación si decidimos que es hora de dejar de ofrecerle cobertura para cualquiera de estos tres tipos de atención. Al finalizar la cobertura para esa atención, **dejaremos de pagar nuestro porcentaje del costo de su atención.**

Si considera que la cobertura de su atención finaliza antes de tiempo, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 **Le informaremos con antelación cuando su cobertura esté por terminar**

- **Recibirá una notificación por escrito.** Por lo menos dos días antes de que nuestro plan finalice la cobertura para su atención, usted recibirá una notificación.
 - ♦ La notificación escrita le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
 - ♦ También le informa qué puede hacer si desea pedirnos que cambiemos esta decisión sobre la fecha de finalización de la atención médica y que sigamos ofreciéndole cobertura durante más tiempo.

Términos legales

La explicación sobre qué puede hacer que se incluye en la notificación por escrito se refiere a cómo solicitar una **“apelación de vía rápida”**. Presentar una apelación por vía rápida es una manera legal y formal para solicitar un cambio en nuestra decisión sobre cuándo dejar de proporcionarle atención. (La Sección 9.3 a continuación le indica cómo solicitar una apelación por la vía rápida).

La notificación por escrito recibe el nombre de **“Notificación de No Cobertura de Medicare”** (Notice of Medicare Non-Coverage). Para recibir una copia de muestra, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.) También puede ver una copia en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>.

- Debe firmar el aviso por escrito para comprobar que lo ha recibido.
 - ♦ Usted o alguien que actúe en su nombre deberá firmar la notificación. (En la Sección 5 de este capítulo, se brinda información sobre cómo otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - ♦ Firmar la notificación **solamente** indica que ha recibido la información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarla no significa que esté de acuerdo** con nosotros en que es hora de dejar de recibir la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si desea solicitar al plan que cubra su atención durante más tiempo, deberá presentar su pedido a través del proceso de apelaciones. Antes de comenzar, asegúrese de comprender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explican los primeros dos niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entenderlos y de cumplir con todos los plazos que se aplican a lo que debe hacer. También existen fechas límite que nuestro plan debe cumplir. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le explica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud, una organización del gobierno que le brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y determina si nuestro plan debe cambiar la decisión que tomó.

Paso 1: Presente una Apelación de Nivel 1: llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápido.

¿Qué es 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. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Se encargan de comprobar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare, y de evaluar las decisiones del plan sobre cuándo es apropiado interrumpir la cobertura de ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En la notificación por escrito que recibió, se explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (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 la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe solicitar?

- Pida a esta organización una “apelación de vía rápida” (para llevar a cabo una revisión independiente) para determinar si es apropiado desde el punto de vista médico que demos por finalizada la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad e iniciar su apelación antes del mediodía del día siguiente al que reciba la notificación por escrito donde se le informa que se interrumpirá la cobertura de su atención.
- Si se vence el plazo para presentar su apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarla directamente ante nosotros. Si desea obtener más detalles acerca de esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (a quienes llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debe extenderse la cobertura de los servicios. No es necesario que haga una presentación por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también evaluará su información médica, hablará con su médico y analizará la información que recibe de nuestro plan.

- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación y usted también recibirá una notificación por escrito en la que se explican en detalle las razones por las que finalizamos nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales

Esta notificación por escrito se llama “ Explicación detallada de no cobertura ”.
--

Paso 3: En un plazo de un día a partir de que ellos tengan toda la información necesaria, los revisores le informarán su decisión.

*¿Qué ocurre si los revisores responden que **Sí** su apelación?*

- Si los revisores responden que **Sí** a su apelación, **debemos continuar cubriendo sus servicios en tanto sean necesarios desde el punto de vista médico.**
- Usted deberá seguir pagando la parte de los costos que le corresponde (como deducibles o copagos, si se aplican). Es posible también que se apliquen limitaciones a los servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

*¿Qué ocurre si los revisores responden que **No** a su apelación?*

- Si los revisores responden que **No** a su apelación, entonces **su cobertura finalizará** en la fecha que le hemos indicado. Dejaremos de pagar nuestro porcentaje del costo de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, 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 finaliza su cobertura, **deberá pagar el costo total de la atención.**

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es No, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores responden que **No** a su Apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo atención después de la fecha en que finalice su cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que usted pasará al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 9.4 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo
--

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted decide continuar recibiendo atención después de la fecha en que finaliza su cobertura, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Con una Apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que vuelva a evaluar la decisión tomada en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de sus servicios de atención médica a domicilio, de sus

servicios del centro de enfermería especializada o de sus servicios en el Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Consulte a continuación los pasos del proceso de apelaciones del Nivel 2:

Paso 1: Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- **Debe solicitar esta revisión en un plazo de 60 días** a partir del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió que **No** a su Apelación de Nivel 1. Únicamente puede solicitar esta revisión si siguió recibiendo atención después de la fecha en que terminó la cobertura de su atención.

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 desde la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

*¿Qué sucede si la organización de revisión responde **sí** a su apelación?*

- **Debemos reembolsarle** nuestro porcentaje de los costos de la atención médica que haya recibido desde la fecha en que hayamos dicho que terminaría su cobertura. **Debemos seguir cubriendo** la atención durante todo el tiempo que sea necesaria desde el punto de vista médico.
- Usted debe seguir pagando su porcentaje de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

*¿Qué sucede si la organización de revisión responde que **No** a su apelación?*

- Esto significa que los revisores están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su Apelación de Nivel 1 y que no la cambiarán.
- En la notificación que reciba, se explicará por escrito qué pasos debe seguir si desea continuar con el proceso de revisión. Se describirá en detalle lo que debe hacer para avanzar al siguiente nivel de apelación, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es **no, deberá decidir si quiere continuar con su apelación.**

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede aceptar esta decisión o continuar con el Nivel 3 y presentar otra apelación. En la Apelación de Nivel 3, un juez de derecho administrativo revisa la apelación.
- En la Sección 10 de este capítulo, se brinda más información sobre el Nivel 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5 ¿Qué ocurre si usted no presenta a tiempo su Apelación de Nivel 1?

Puede presentar la apelación con nosotros.

De acuerdo con la explicación que se proporciona anteriormente en la Sección 9.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad e iniciar su primera apelación (en un plazo máximo de uno o dos días). Si no se comunica con esta organización en el plazo indicado, puede presentar su apelación de otro modo. Si utiliza esta otra forma para presentar su apelación, los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Paso a paso: cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Si no se pone en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del plazo indicado, puede presentar una apelación ante nuestro plan y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación con un plazo acelerado en lugar del plazo estándar.

Consulte aquí los pasos a seguir para una Apelación Alternativa de Nivel 1:

Términos legales
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se llama “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Llámenos y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener más detalles sobre cómo contactarnos, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección que se llama “Cómo contactarnos cuando presenta una apelación sobre su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D”.
- **Asegúrese de pedir una “revisión acelerada”.** Esto significa que usted solicita que le demos una respuesta con un plazo “rápido” en lugar del plazo “estándar”.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información sobre su caso. Verificamos si se siguieron todas las normas para establecer la fecha de cancelación de la cobertura que nuestro plan proporciona de los servicios.
- Utilizaremos un plazo “rápido” en lugar del plazo estándar para darle una respuesta sobre esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión 72 horas después de que usted solicite una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si respondemos que Sí a su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios durante más tiempo, y seguiremos ofreciéndole los servicios cubiertos mientras sean necesarios desde el punto de vista médico. También significa que acordamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la

fecha en que dijimos que su cobertura terminaría (Usted debe pagar su porcentaje de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura).

- **Si respondemos que *no* a su apelación rápida**, entonces su cobertura finalizará en la fecha que le hayamos indicado y no pagaremos ningún porcentaje de los costos después de esa fecha.
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio o en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que indicamos que terminaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total de la atención médica.**

*Paso 4: Si respondemos que **No** a su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.*

- Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas cuando respondimos **no** a su apelación acelerada, **debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente.** Eso significa que usted pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de Apelación Alternativa de Nivel 2

Si respondemos que **No** a su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando respondimos que **No** a su “apelación rápida”. Esta organización determina si el plan debe cambiar su decisión.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces, se la conoce como “ IRE ”.

Paso 1: Reenviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente automáticamente.

- Debemos enviar la información para su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas a partir de que hayamos respondido que **No** a su primera apelación. (Si considera que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una queja informal. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 11 de este capítulo le explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente lleva a cabo una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en el plazo de 72 horas.

- La **Organización de Revisión Independiente** es un organismo externo que contrata Medicare. Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare eligió para que se desempeñe como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización responde que Sí** a su apelación, debemos reembolsarle (devolverle) nuestro porcentaje de los costos de la atención que haya recibido después de la fecha en que habíamos dicho que terminaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo su atención médica mientras sea necesaria desde el punto de vista médico y usted debe continuar pagando su porcentaje de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir la cantidad que le reembolsaremos o el tiempo que seguiremos ofreciendo cobertura para los servicios.
- **Si esta organización responde que no a su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan con respecto a su primera apelación y que no la cambiará.
 - ♦ En la notificación que le envía la Organización de Revisión Independiente, se le informa por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. También se incluye información sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación.
Si los revisores responden **no** a su Apelación de Nivel 2, usted puede aceptar la decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En la Apelación de Nivel 3, un juez de derecho administrativo revisa la apelación.
- En la Sección 10 de este capítulo, se brinda más información sobre el Nivel 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10. Cómo presentar una apelación de Nivel 3 y superior

Sección 10.1 Nivel 3, 4 y 5 de las Apelaciones 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. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, en la respuesta por escrito a su Apelación de Nivel 2, encontrará una explicación sobre con quién debe ponerse en contacto y cómo debe solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. Consulte a continuación quiénes revisan su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicador que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador dice que *sí* a su apelación, el proceso de apelación podría o no finalizar.** Decidiremos si apelar esta decisión en el Nivel 4 o no. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable a usted.
 - ◆ Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario desde el momento en que recibamos la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
 - ◆ Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 junto con cualquier documento que sea de importancia. Podemos esperar la decisión sobre la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador dice que *no* a su apelación, el proceso de apelación podría o *no* finalizar.**
 - ◆ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ◆ De lo contrario, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo responde que **no** a su apelación, usted recibirá una notificación donde se le informará qué hacer si elige continuar con su apelación.

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 una decisión favorable de una Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede finalizar o *no*.** Decidiremos si apelar esta decisión en el Nivel 5 o no. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable a usted.
 - ◆ Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario desde el momento en que recibamos la decisión del Consejo.
 - ◆ Si decidimos apelar esta decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es *no* o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede finalizar o *no*.**
 - ◆ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ◆ Si no desea aceptarla, tal vez pueda seguir con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que **no** a su apelación, en el aviso, se indicará si, de acuerdo con las

normas, puede continuar con una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará con quién debe ponerse en contacto y qué debe hacer si escoge seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 10.2 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 y Apelaciones de Medicamentos de la Parte D

Esta sección puede serle útil si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que usted apeló alcanza cierto monto mínimo en dólares, puede seguir con otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito a su Apelación de Nivel 2, encontrará una explicación sobre con quién debe comunicarse y cómo debe solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. Consulte a continuación quiénes revisan su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicador que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es *sí*, el proceso de apelaciones finaliza.** Se aprobó lo que usted solicitó en la apelación. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador haya aprobado en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es *no*, el proceso de apelaciones puede finalizar o *no*.**
 - ♦ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ♦ De lo contrario, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo responde que ***no*** a su apelación, usted recibirá una notificación donde se le informará qué hacer si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones **de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

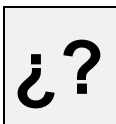
- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones finaliza.** Se aprobó lo que usted solicitó en la apelación. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que el Consejo haya aprobado dentro de las 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones puede finalizar o no.**
 - ♦ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ♦ Si no desea aceptarla, tal vez pueda seguir con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice que **no** a su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, en el aviso se indicará si, de acuerdo con las normas, puede continuar con una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará con quién debe ponerse en contacto y qué debe hacer si escoge seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Presentar quejas

SECCIÓN 11. Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes



Si tiene un problema con decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o los pagos, entonces esta sección no es para usted. En su lugar, debe seguir el proceso sobre decisiones sobre la cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipo de problemas se tratan con el proceso de quejas?

En esta sección, se explica cómo usar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas informales se utiliza **solamente** para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. A continuación, se incluyen ejemplos de los tipos de problemas que se tratan con el proceso de quejas informales.

Si tiene alguno de estos problemas, puede “presentar una queja informal”:

- **Calidad de la atención médica**

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

- ◆ ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
- **Respeto de su privacidad**
 - ◆ ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que considera que debería ser confidencial?
- **Falta de respeto, servicio al cliente inadecuado u otras conductas negativas**
 - ◆ ¿Alguien fue grosero con usted o le faltó el respeto?
 - ◆ ¿No está conforme con el trato que recibió del Servicio a los Miembros?
 - ◆ ¿Siente que lo alientan a abandonar el plan?
- **Tiempos de espera**
 - ◆ ¿Tiene problemas para hacer una cita o debe esperar demasiado para obtenerla?
 - ◆ ¿Debió esperar mucho tiempo a un médico, un farmacéutico o a otro profesional de la salud? ¿O al Servicio a los Miembros u otro representante de nuestro plan?
 - ◆ Algunos ejemplos incluyen tener que esperar mucho tiempo por teléfono, en la sala de espera, en la sala de examen o para obtener una receta médica.
- **Limpieza**
 - ◆ ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
- **Información que recibe de nuestro plan**
 - ◆ ¿Cree que no le hemos enviado un aviso sobre algo que debíamos informarle?
 - ◆ ¿Considera que la información escrita que le hemos entregado es difícil de entender?

Puntualidad (estos tipos de queja están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones con respecto a las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones)

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 10 de este capítulo. Si solicita que se tome una decisión o presenta una apelación, debe utilizar ese proceso, no el proceso de quejas.

Sin embargo, si ya solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja informal sobre nuestra lentitud. Consulte aquí algunos ejemplos:

- Si nos solicitó una “decisión rápida sobre la cobertura” o “una apelación rápida”, y le dijimos que no, puede presentar una queja.
- Si cree que nuestro plan no cumple con los plazos para tomar una decisión sobre la cobertura o darle la respuesta sobre una apelación suya, puede presentar una queja.
- Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se le indica a nuestro plan que debe cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican plazos. Si cree que no hemos cumplido con estos plazos, puede presentar una queja informal.

- Si no tomamos una decisión a tiempo, debemos reenviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo especificado, usted puede presentar una queja.

Sección 11.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”

Términos legales

- A lo que en esta sección se le llama “queja” también se le llama “queja formal”.
- Otro término para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.
- Otra forma para decir “uso del proceso de quejas” es “uso del proceso para presentar una queja formal”.

Sección 11.3 Paso a paso: cómo presentar una queja

Paso 1: Contáctenos de inmediato, ya sea mediante una llamada telefónica o por correo.

- **Por lo general, el primer paso es llamar al Servicio a los Miembros.** Allí le informarán si es necesario que haga algo más. Llame a nuestra línea sin costo al **1-800-476-2167 (TTY 711)**, los 7 días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede poner su queja informal por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito. También le responderemos por escrito cuando presenta una queja por teléfono si solicita una respuesta por escrito o su queja está relacionada con la calidad de la atención.
- **Si tiene una queja, intentaremos solucionarla por teléfono.** Si no podemos solucionar su queja por teléfono, usaremos un proceso formal de revisión de quejas. Su queja formal debe explicar el problema, tal como por qué no está conforme con los servicios que recibió. Consulte el Capítulo 2 para saber a quién debe contactar en caso de tener una queja.
 - ♦ Debe presentarnos su queja formal (oralmente o por escrito) dentro de los 60 días calendario posteriores al evento o incidente. Debemos dar una respuesta a su queja formal tan pronto como sea necesario de acuerdo con su estado de salud, en un plazo máximo de 30 días calendario desde el momento en que recibamos la queja informal. Es posible que 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, o si extendemos el plazo que necesitamos para tomar

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

una decisión sobre la cobertura o una apelación. Debemos responder a su queja formal acelerada en el plazo de 24 horas.

- **Ya sea que llame o escriba, deberá comunicarse con Servicio a los Miembros de inmediato.** Debe presentar la queja en los 60 días calendario siguientes a la fecha en que tuvo el problema sobre el cual desea quejarse.
- **Si presenta una queja informal porque hemos rechazado su solicitud de una “respuesta rápida sobre una decisión de cobertura”** una “apelación acelerada”, automáticamente trataremos su solicitud como una “queja informal rápida”.
Si presenta una “queja acelerada”, le responderemos **dentro de las 24 horas**.

Términos legales

A lo que en esta sección se le llama “**queja acelerada**” también se le llama “**quejar formal acelerada**”.

Paso 2: Revisamos su queja y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama porque tiene una queja informal, tal vez podamos darle una respuesta durante la misma llamada. Si debido a su estado de salud, necesita una respuesta rápida, se la daremos.
- **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 favor de sus intereses, o si usted pide más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tardarnos más días para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Le informaremos si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos responsabilidad por el problema sobre el que se queje. Nuestra contestación incluirá los motivos de nuestra respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con su queja o no.

Sección 11.4 Usted también puede presentar una queja sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Puede presentarnos una queja sobre la calidad de la atención que haya recibido a través del proceso paso a paso explicado anteriormente.

Cuando su queja informal se refiere a la calidad de la atención, tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar la queja informal ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente ante esta organización (sin presentarnos la queja a nosotros).
 - ♦ La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros especialistas de la salud que reciben pago del gobierno federal para supervisar y mejorar la atención médica que reciben los pacientes de Medicare.

- ♦ Para conocer el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, trabajaremos con ella para resolverla.
- **O bien puede presentar su queja informal ante ambas organizaciones al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, vaya a <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare se toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otra inquietud u opinión o si siente que el plan no se está ocupando de su tema, llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al **1-877-486-2048**.

Problemas relacionados con sus beneficios de Health First Colorado (Medicaid)

SECCIÓN 12. Cómo abordar los problemas relacionados con sus beneficios de Health First Colorado (Medicaid)

Como usted es miembro de Senior Advantage Medicare Medicaid, es posible que algunos de los servicios del plan también estén cubiertos por Health First Colorado (Medicaid). Por consiguiente, si considera que le denegamos un servicio o el pago de un servicio cubierto por Health First Colorado (Medicaid) de forma inapropiada, es posible que también tenga derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión a Health First Colorado (Medicaid). Le informaremos por escrito si cuenta con el derecho de presentar una apelación sobre nuestra decisión a Health First Colorado (Medicaid). Para obtener información sobre cómo presentar una queja formal ante Health First Colorado (Medicaid), comuníquese con Health First Colorado (Medicaid) (consulte el Capítulo 2 para obtener información de contacto de Health First Colorado [Medicaid]).

CAPÍTULO 10. Cancelación de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1. Introducción	201
Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la finalización de su membresía en nuestro plan.....	201
SECCIÓN 2. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan	201
Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía debido a que tiene Medicare y Medicaid.....	201
Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción anual.....	202
Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage.....	203
Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante un periodo de inscripción especial	203
Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre los periodos en los que puede cancelar su membresía?	205
SECCIÓN 3. ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	205
Sección 3.1 Por lo general, usted finaliza su membresía al inscribirse a otro plan	205
SECCIÓN 4. Hasta el momento en que finalice su membresía, usted debe seguir obteniendo sus servicios médicos y sus medicamentos a través de nuestro plan.....	207
Sección 4.1 Hasta el momento en que finalice su membresía, usted seguirá siendo miembro de nuestro plan	207
SECCIÓN 5. En ciertas situaciones, debemos cancelar su membresía en nuestro plan	207
Sección 5.1. ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en nuestro plan?	207
Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud	208
Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja informal si cancelamos su membresía en nuestro plan.....	209

SECCIÓN 1. Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la finalización de su membresía en nuestro plan.

Usted puede cancelar su membresía con nuestro plan de forma **voluntaria** (por elección suya) o **involuntaria** (cuando usted no toma la decisión):

- **Podría dejar de participar en el plan porque ha decidido que quiere dejarlo.**
 - ♦ Si desea cancelar su membresía de forma voluntaria, solo puede hacerlo durante ciertos periodos del año o bajo determinadas circunstancias. En la Sección 2, se describe cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan. En la Sección 2, encontrará información sobre los tipos de planes en los que puede inscribirse y las fechas de entrada en vigencia de la inscripción en la nueva cobertura.
 - ♦ El proceso para finalizar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que elija. En la Sección 3, se explica cómo puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay algunas situaciones en las que usted no elige abandonar el plan, sino que nos solicita que cancelemos su membresía. En la Sección 5, informamos en qué situaciones debemos cancelar su membresía.

Si usted cancela su membresía con nuestro plan, debe seguir recibiendo atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante ciertos momentos del año, conocidos como periodos de inscripción. Todos los miembros pueden dejar de participar en nuestro plan durante el periodo de inscripción anual y durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, es posible que cumpla con los requisitos para cancelar su membresía con nuestro plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía debido a que tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a otro plan por única vez durante cada uno de los periodos de inscripción especial:

- De enero a marzo.
- De abril a junio.
- De julio a septiembre.

Si se inscribe en nuestro plan durante uno de estos periodos, tendrá que esperar hasta el próximo periodo para cancelar su membresía o cambiarse a otro plan. No puede usar este periodo de inscripción especial para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas que tienen Medicare pueden realizar cambios desde el 15 de octubre al 7 de diciembre durante el periodo de inscripción anual. En la Sección 2.2, se le explica más acerca del periodo de inscripción anual.

Nota: Si usted es parte de un programa de administración de medicamentos, no podrá cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 ofrece más información sobre los programas de control de medicamentos.

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar?** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes planes de Medicare:
 - ◆ Otro plan de salud de Medicare (puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no cubra estos medicamentos).
 - ◆ Original Medicare **con** un plan individual de medicamentos recetados de Medicare.

Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que se haya excluido de la inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su afiliación a una cobertura para medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditada 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. (Cobertura “acreditada” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare).

- Llame a la oficina de Medicaid de su estado para averiguar cuáles son sus opciones de planes de Medicaid (encontrará los números de teléfono en la Sección 6 del Capítulo 2 de este folleto).
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía finaliza el primer día del mes posterior a que recibamos su solicitud de cambio de plan. Su inscripción en el nuevo plan también entrará en vigor este día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción anual

Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción anual (también conocido como el “periodo de inscripción anual abierta”). En esta etapa, debe analizar su cobertura de atención médica y de medicamentos a fin de tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el periodo de inscripción anual?** Del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el periodo de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o modificar su cobertura para el año siguiente. Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir alguno de los siguientes tipos de planes:
 - ◆ Otro plan de salud de Medicare (puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no cubra estos medicamentos).
 - ◆ Original Medicare con un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare.

- ◆ Original Medicare sin un plan individual de medicamentos recetados de Medicare.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:

Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare individual, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos, a menos que haya indicado que no debemos hacer la inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su afiliación a un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditada para medicamentos recetados, 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. (La cobertura “acreditada” es una cobertura que se espera pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la penalización por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando inicie la cobertura de su nuevo plan, el 1.º de enero.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la posibilidad de hacer un cambio en su cobertura médica durante el **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el periodo anual de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Es cada año del 1.º de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el periodo anual de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este tiempo puede:
 - ◆ Cambiar a otro plan de Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no los cubra).
 - ◆ Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura mediante Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este periodo, tiene hasta el 31 de marzo para inscribirse en un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare para agregar una cobertura para medicamentos.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes siguiente de que se inscriba a un plan de Medicare Advantage diferente o al que recibimos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si además elige inscribirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía del plan de medicamentos iniciará el primer día del mes posterior a que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante un periodo de inscripción especial

En ciertas situaciones, puede reunir los requisitos para cancelar su membresía con nuestro plan en otros periodos del año. Este se conoce como **periodo de inscripción especial**.

- **¿Quién cumple con los requisitos para un periodo de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, es posible que reúna los requisitos para cancelar su membresía durante un periodo de inscripción especial. Estos son tan solo algunos ejemplos; para obtener la lista completa, puede contactar a nuestro plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>):
 - ♦ Normalmente, cuando se muda.
 - ♦ Si tiene Medicaid.
 - ♦ Si cumple con los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” para pagar sus recetas médicas de Medicare.
 - ♦ Si infringe el contrato que tenemos con usted.
 - ♦ Si recibe atención en una institución, como un hogar geriátrico o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
 - ♦ Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas de Edad Avanzada (PACE).

Nota: En la Sección 2.2, se le explica más acerca del periodo de inscripción especial para personas que tienen Medicaid.

- **¿Cuándo son los periodos de inscripción especial?** Los periodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si reúne los requisitos para un periodo de inscripción especial, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Si cumple 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. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - ♦ Otro plan de salud de Medicare (puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no cubra estos medicamentos).
 - ♦ Original Medicare con un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare.
 - ♦ Original Medicare sin un plan individual de medicamentos recetados de Medicare.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare individual, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos, a menos que haya indicado que no debemos hacer la inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su afiliación a un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditada 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. (La cobertura “acreditada” es una cobertura que se espera pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la penalización por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes posterior al momento en que recibamos su solicitud de cambio de plan.

Nota: En las Secciones 2.1 y 2.2, se le explica más acerca del periodo de inscripción especial para personas que tienen Medicaid y reciben “Ayuda adicional”.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre los periodos en los que puede cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede llamar al **Servicio a los Miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en su folleto **Medicare y Usted 2019**.
 - ♦ Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del folleto **Medicare y Usted** durante el otoño. Los miembros nuevos de Medicare lo reciben un mes después de inscribirse.
 - ♦ También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov/>). O bien, puede pedir una copia impresa llamando a Medicare al siguiente número.
- Puede llamar a **Medicare** al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

SECCIÓN 3. ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, usted finaliza su membresía al inscribirse a otro plan

Por lo general, para finalizar su membresía en nuestro plan, simplemente tiene que inscribirse en otro plan de Medicare. Sin embargo, si usted desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare pero no eligió un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente, deberá solicitar la cancelación de la membresía de nuestro plan. Usted puede solicitar la cancelación de la membresía de dos maneras distintas:

- Puede hacer una solicitud por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- O puede llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

La tabla que aparece a continuación explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que usted debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan cuando inicie la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare con un plan individual de medicamentos recetados de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de Medicare para medicamentos recetados. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan cuando inicie la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare sin un plan individual de medicamentos recetados de Medicare. <ul style="list-style-type: none"> ◆ Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que se haya excluido de la inscripción automática. ◆ Si usted cancela su afiliación a una cobertura de Medicare para medicamentos recetados y se queda sin cobertura acreditada para medicamentos recetados, es posible que deba pagar una penalización por inscripción tardía si en el futuro, se inscribe en un plan de Medicare para medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su afiliación. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). • También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su afiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su afiliación a nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, llame a Health First Colorado (Medicaid) al **1-800-221-3943**, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:15 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la manera en que recibe su cobertura de Medicaid.

SECCIÓN 4. Hasta el momento en que finalice su membresía, usted debe seguir obteniendo sus servicios médicos y sus medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta el momento en que finalice su membresía, usted seguirá siendo miembro de nuestro plan

Si usted deja nuestro plan, es posible que la finalización de su membresía y la entrada en vigencia de la nueva cobertura de Medicare tarden un tiempo. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su cobertura nueva). Durante este tiempo, debe continuar obteniendo los servicios de atención médica y los medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe seguir usando las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** En general, solo cubrimos sus medicamentos recetados si usa una farmacia de la red, incluido el servicio de pedidos por correo.
- Si el día que finaliza su membresía usted está hospitalizado, en general nuestro plan cubre los gastos hasta que recibe el alta (incluso si es dado de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5. En ciertas situaciones, debemos cancelar su membresía en nuestro plan

Sección 5.1. ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en nuestro plan?

Debemos cancelar su membresía en nuestro plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si ya no reúne los requisitos para los planes de Medicaid. Como se especificó en la Sección 2.1 del Capítulo 1, solo pueden afiliarse a nuestro plan las personas que reúnen los requisitos para Medicare y Medicaid.
 - ♦ Si ya no reúne los requisitos para los planes de Medicaid, le informaremos por escrito que cuenta con un periodo de gracia de 120 días para recuperar su elegibilidad de Medicaid antes de que le solicitemos que finalice su membresía del plan Senior Advantage Medicare Medicaid. Antes de cancelar su inscripción en el plan Senior Advantage Medicare Medicaid, nos comunicaremos con usted para darle la oportunidad de inscribirse en algún

otro plan Senior Advantage. Es posible que los beneficios y los gastos de bolsillo de estos planes sean diferentes de los del plan Senior Advantage Medicare Medicaid.

- Si se muda fuera de nuestra área de servicios.
- Si está lejos de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - ♦ Si se muda o hace un viaje largo, debe llamar a Servicio a los Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en nuestra área de servicio. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros figuran en la contraportada de este folleto.
- Si es encarcelado (si va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o tiene presencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente o si oculta información sobre otro seguro que tenga y que proporcione cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esos datos afectan su elegibilidad para nuestro plan. 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 dificulta 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 no paga las primas del plan durante 90 días.
 - ♦ Debemos notificarle por escrito que tiene 90 días para pagar las primas de nuestro plan antes de que finalicemos su membresía.
- Si usted debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud

No podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que le pedimos que cancele su membresía por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días a la semana.

<p>Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja informal si cancelamos su membresía en nuestro plan</p>

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 finalizar la membresía. En la Sección 11 del Capítulo 9, puede obtener más información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11. Avisos legales

SECCIÓN 1. Aviso sobre la legislación vigente	211
SECCIÓN 2. Notificación sobre la no discriminación	211
SECCIÓN 3. Aviso sobre los derechos de subrogación de los Pagadores Secundarios de Medicare.....	211
SECCIÓN 4. Administración de esta Evidencia de Cobertura.....	211
SECCIÓN 5. Solicitudes y declaraciones	212
SECCIÓN 6. Asignación.....	212
SECCIÓN 7. Honorarios y gastos de abogados y defensores	212
SECCIÓN 8. Coordinación de beneficios	212
SECCIÓN 9. Responsabilidad del empleador	212
SECCIÓN 10. Evidencia de Cobertura que obliga a los miembros	213
SECCIÓN 11. Responsabilidad de agencias gubernamentales	213
SECCIÓN 12. Responsabilidades que no son de los miembros.....	213
SECCIÓN 13. Renuncia de responsabilidades	213
Sección 14. Notificaciones	213
Sección 15. Recuperación de pagos en exceso.....	213
SECCIÓN 16. Embarazo por Encargo de Terceros.....	214
SECCIÓN 17. Responsabilidad Civil de Terceros.....	214
SECCIÓN 18. Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos.....	215
SECCIÓN 19. Beneficios por responsabilidad civil del empleador o el seguro de los trabajadores	215

SECCIÓN 1. Aviso sobre la legislación vigente

Diversas leyes regulan esta **Evidencia de Cobertura** y pueden aplicarse cláusulas adicionales según se requiera por ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no se describan ni expliquen en el presente documento. La principal ley que regula este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) y las normas establecidas por los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) bajo la Ley de Seguro Social. También pueden aplicarse otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive.

SECCIÓN 2. Notificación sobre la no discriminación

No discriminamos a ninguna persona por su raza, grupo étnico, país de origen, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, prueba de asegurabilidad o ubicación geográfica. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben respetar las leyes federales contra la discriminación, incluido 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 de Americanos con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), la Sección 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act), todas las demás leyes que regulan a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra legislación y norma vigentes que se apliquen por cualquier otro motivo.

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 los artículos 422.108 y 423.462 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid, como una Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría de acuerdo con las normas de los CMS en las subsecciones B a D del artículo 411 del título 42 del CFR, y las normas establecidas en estos artículos reemplazan cualquier otra ley estatal.

SECCIÓN 4. Administración de esta Evidencia de Cobertura

Podemos adoptar políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficaz de esta **Evidencia de Cobertura**.

SECCIÓN 5. Solicitudes y declaraciones

Usted deberá llenar las solicitudes, los formularios y las declaraciones que solicitemos en el curso de nuestras actividades comerciales o según se indique en esta **Evidencia de Cobertura**.

SECCIÓN 6. Asignación

No puede ceder esta **Evidencia de Cobertura** ni los derechos, intereses, reclamaciones por dinero adeudado, obligaciones o beneficios establecidos en el presente documento sin nuestra autorización previa por escrito.

SECCIÓN 7. Honorarios y gastos de abogados y defensores

En cualquier disputa entre un miembro y Health Plan, Medical Group o Kaiser Foundation Hospitals, cada una de las partes será responsable de sus propios gastos, incluidos los honorarios de abogados y otros gastos.

SECCIÓN 8. Coordinación de beneficios

Como se describió en la Sección 7 del Capítulo 1 “Funcionamiento de otros seguros con nuestro plan”, si usted tiene otro seguro, debe utilizar la otra cobertura en combinación con su cobertura como miembro de Senior Advantage Medicare Medicaid 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 del plan como de costumbre y otras coberturas que tenga sencillamente ayudarán a pagar la atención que usted reciba.

Si su otra cobertura es el pagador principal, a menudo saldrá su parte del pago directamente con nosotros y usted no tendrá que hacer nada. Sin embargo, si el pago que el pagador principal nos atribuyó es enviado directamente a usted, la ley de Medicare le exige que nos entregue este pago primario a nosotros. Para obtener más información sobre los pagos primarios en situaciones de obligación de terceras partes, consulte la Sección 17, y para los pagos primarios en casos de seguro de los trabajadores, la Sección 19.

Debe informarnos si tiene otra cobertura de atención médica y si se registra algún cambio en su cobertura adicional.

SECCIÓN 9. Responsabilidad del empleador

En el caso de servicios que la ley exige que se reciban de un empleador, no pagaremos a este empleador por estos servicios, y si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar al empleador un reembolso.

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 servicios que la ley exige que se reciban solo de una agencia gubernamental, no pagaremos a esta agencia por estos servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar a la agencia gubernamental un reembolso.

SECCIÓN 12. Responsabilidades que no son 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, usted es responsable del costo de los servicios no cubiertos que reciba de proveedores fuera y dentro de la red.

SECCIÓN 13. Renuncia de responsabilidades

En caso de que no hagamos cumplir cualquiera de las disposiciones de esta **Evidencia de Cobertura**, esto no constituirá una renuncia a dicha disposición o a cualquier otra, ni perjudicará nuestro derecho posterior a exigir el cumplimiento de las disposiciones.

Sección 14. Notificaciones

Enviaremos nuestros avisos a la dirección más reciente que tengamos. Usted es responsable de notificarnos sobre cualquier cambio de dirección. En caso de que se mude, llame a Servicio a los Miembros (los números figuran en la contraportada de este folleto) y al Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY: **1-800-325-0778**) tan pronto como sea posible para informar sobre su cambio de domicilio.

Sección 15. Recuperación de pagos en exceso

Nos reservamos el derecho de recuperar cualquier pago en exceso que hayamos realizado por concepto de servicios de cualquiera que reciba este pago en exceso o de cualquier otra persona u organización obligada a pagar por los servicios.

SECCIÓN 16. Embarazo por Encargo de Terceros

En situaciones donde una miembro reciba una compensación monetaria para actuar como madre de embarazo por encargo de terceros, nuestro plan solicitará el reembolso de todos los cargos de plan para los servicios cubiertos que reciba la miembro asociados con la concepción, el embarazo o el parto del niño. En un acuerdo de embarazo por encargo, una mujer acepta quedar embarazada y entregar el bebé recién nacido a otra persona o personas que se harán cargo de criarlo.

SECCIÓN 17. Responsabilidad Civil de Terceros

Tal como se define en la Sección 7 del Capítulo 1, los terceros que le causen una lesión o enfermedad (o sus compañías de seguro de salud) generalmente deben pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir esos pagos principales. Si obtiene un fallo judicial o un acuerdo extrajudicial de parte o en nombre de un tercero que supuestamente le causó una lesión o enfermedad por la cual usted recibió servicios cubiertos, debe asegurarse de que recibamos el reembolso por dichos servicios.

Nota: La Sección 17 no afecta su obligación de pagar los costos compartidos de estos servicios.

Según lo permita o exija la ley, tenemos la opción de subrogar las reclamaciones, causas de acción y otros derechos que usted pueda tener contra un tercero o una compañía aseguradora, un programa del gobierno u otra fuente de cobertura para obtener resarcimiento monetario por daños, compensación o indemnización por la lesión o enfermedad supuestamente causada por el tercero. Dicha subrogación será efectiva a partir del momento en que le entreguemos o enviemos por correo, a usted o a su abogado, un aviso por escrito sobre el ejercicio de esta opción.

Para garantizar nuestros derechos, tendremos un derecho de retención y derechos al reembolso de las ganancias obtenidas a través de un fallo o acuerdo extrajudicial que usted o nosotros obtenga(mos) contra un tercero que tenga como resultado ganancias del acuerdo extrajudicial o fallo, de otros tipos de cobertura que incluyen, entre otros: responsabilidad civil de terceros, conductor no asegurado, conductor subasegurado, responsabilidad civil extendida personal, compensación de los trabajadores, lesión personal, pagos médicos y todos los demás tipos de seguros de primera persona. Estas ganancias se aplicarán en primer lugar para satisfacer nuestro derecho de retención, independientemente de que el monto total de las ganancias sea menor a los daños y perjuicios realmente sufridos. No estamos obligados a pagar honorarios de abogados ni ningún costo del abogado que usted haya contratado para tramitar su reclamación por daños y perjuicios.

En un plazo de 30 días, tras haber presentado una reclamación o acción judicial contra un tercero, deberá enviar un aviso por escrito de esta reclamación o acción judicial a:

Patient Business Services
Kaiser Foundation Health Plan of Colorado
2500 South Havana Street
Aurora, CO 80014-1622

Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios Comerciales para Pacientes llamando al **303-743-5900** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

A fin de que podamos determinar la existencia de cualquier derecho que podamos tener y ejercerlo, deberá completar y enviarnos todo consentimiento, cesión, autorización, asignación y demás documentos, entre los que se incluyen los formularios de derecho de retención, para dar instrucciones a su abogado, al tercero y a su aseguradora de responsabilidad civil para que nos paguen directamente. Usted puede negarse a renunciar, cesar o reducir nuestros derechos bajo esta disposición sin nuestro consentimiento previo por escrito.

Si su heredero, padre o madre, tutor legal o curador presentan una reclamación contra un tercero por una lesión o enfermedad, su heredero, padre o madre, tutor legal o curador y cualquier acuerdo o sentencia favorable obtenido por cualquiera de estos estarán sujetos a nuestros derechos de preferencia y otros derechos, de la misma forma que si hubiese sido usted quien presentara la reclamación contra el tercero. Tendremos la opción de ceder nuestro derecho de ejecutar nuestros derechos de preferencia y otros derechos.

SECCIÓN 18. Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos

En el caso de los servicios para tratar afecciones asociadas con el servicio militar y que la ley exige que sean proporcionados por el Departamento de Asuntos de Veteranos, no pagaremos a este departamento estos servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar al departamento un reembolso.

SECCIÓN 19. Beneficios por responsabilidad civil del empleador o el seguro de los trabajadores

Tal como se estableció en la Sección 7 del Capítulo 1, generalmente el seguro de los trabajadores debe pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir los pagos primarios de acuerdo con el seguro de los trabajadores o la ley de responsabilidad civil del empleador. Es posible que usted reúna los requisitos para recibir pagos u otros beneficios, incluidos los montos recibidos como compensación (a lo que colectivamente se le llama “beneficio financiero”), conforme al seguro de los trabajadores o la ley de responsabilidad civil del empleador. Proporcionaremos los servicios cubiertos incluso si no estuviera 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 brinda o es pagadero, o habría sido necesario proveer o pagarse si hubiera intentado con atención y constancia establecer su derecho a recibir el beneficio financiero conforme a cualquiera de las leyes del seguro de los trabajadores o de la responsabilidad civil del empleador.

CAPÍTULO 12. Definición de términos importantes

Apelación: Es lo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica 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. Por ejemplo, puede presentar una apelación si nuestro plan no paga un medicamento, artículo o servicio que usted considera que tiene derecho a recibir. Consulte el Capítulo 9 para ver una descripción de las apelaciones y del proceso de presentación.

Área de Servicio: Área geográfica en la que el plan de salud acepta a los miembros si este limita la membresía según el lugar en el que viven las personas. En el caso de los planes que restringen los médicos y hospitales que podemos usar, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (servicios que no son de emergencia). Nuestro plan puede cancelar su afiliación si usted se muda permanentemente fuera de nuestra área de servicio del plan.

Asignación: Monto específico que se acredita a un miembro para comprar un artículo. Si el costo del o los artículos supera la asignación, usted deberá pagar la diferencia (y esta diferencia no se aplica a los gastos máximos de bolsillo anuales).

Atención de Custodia: Atención de custodia que se proporciona en un hogar para ancianos, centro de cuidados paliativos u otro centro de atención cuando usted no necesita atención médica o atención de enfermería especializadas. La atención de custodia es asistencia personal que pueden proporcionar las personas que no tienen capacitación ni habilidades profesionales, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, levantarse de la cama o acostarse, ponerse de pie o sentarse, moverse e ir al 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.

Atención de Emergencia: Servicios cubiertos que (1) presta un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y (2) son necesarios para evaluar o estabilizar un problema médico de emergencia.

Atención de Postestabilización: Servicios necesarios desde el punto de vista médico relacionados con su problema médico de emergencia, que usted recibe después de que su médico tratante determina que la afección está clínicamente estable. Clínicamente estable significa que el médico que lo trate crea, dentro de probabilidades médicas razonables y de acuerdo con normas médicas reconocidas, que se lo puede dar de alta o trasladar sin peligro, y que no se espera que su problema médico empeore de manera importante durante el proceso del alta o el traslado, ni como consecuencia de ello.

Atención Médica a Domicilio: Atención de enfermería especializada y otros servicios de atención médica que usted recibe en casa para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos se enumeran en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4. Cubrimos la atención médica a domicilio de acuerdo con las pautas de Medicare. La atención médica a domicilio puede incluir los servicios de un **auxiliar de salud a domicilio** si los servicios forman parte del plan de salud domiciliar para su enfermedad o lesión. Estos no están cubiertos a menos que también se le proporcione un servicio especializado cubierto. Los servicios de salud domiciliaria

no incluyen los servicios de amas de llaves, arreglos para el servicio de alimentos ni atención de enfermería en el hogar de tiempo completo.

Atención en Centros de Enfermería Especializada (SNF): Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados diariamente y de manera continua en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de centro de enfermería especializada incluyen la terapia física y las inyecciones intravenosas que solo pueden administrar una enfermera titulada o un médico.

Atención para Pacientes Hospitalizados: Atención médica que recibe durante su estancia como paciente interno en un hospital general de cuidados agudos.

Autorización Previa: Aprobación anticipada para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden estar o no en su formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red son cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa se especifican en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4 y se describen en la Sección 2.3 del Capítulo 3. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Auxiliar de Salud a Domicilio: El auxiliar de salud a domicilio proporciona servicios que no requieren la habilidad de un terapeuta o enfermera titulada, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios recetados). Los auxiliares de salud a domicilio no cuentan con una licencia en enfermería ni proporcionan terapia.

Ayuda Adicional: Un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar el costo del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Cargo por Entrega: Cargo impuesto cada vez que se surten medicamentos cubiertos para pagar el costo de surtir una receta médica. El cargo por entrega cubre costos, como el tiempo que le toma al farmacéutico preparar y empacar el medicamento.

Cargos del Plan: Cargos del plan se refiere a lo siguiente:

- En el caso de servicios prestados por un Grupo Médico o Kaiser Foundation Hospitals, los cargos en el cronograma del Plan de Salud del Grupo Médico y los cargos de Kaiser Foundation Hospitals por servicios prestados a los miembros.
- En el caso de los servicios por los que se paga por captación a un proveedor (excepto un Grupo Médico o Kaiser Foundation Hospitals), los cargos del cronograma de cargos que Kaiser Permanente negocia con el proveedor al que se paga por captación.
- En el caso de los artículos obtenidos en una farmacia que sea propiedad y esté dirigida por Kaiser Permanente, el monto que la farmacia cobraría a un Miembro por un artículo que no esté incluido en su plan de beneficios (este monto resulta de los costos por la compra, el almacenamiento y la dispensación de medicamentos, los costos directos e indirectos de brindar a los miembros los servicios de farmacia de Kaiser Permanente y la contribución del programa de farmacia a los requisitos de ingresos netos del 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.

Centro de cuidados paliativos: Un miembro al que le quedan seis meses de vida o menos tiene derecho a escoger un centro de cuidados paliativos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos en su zona geográfica. Si desea elegir cuidados paliativos y continuar pagando primas, aún es miembro de su plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios como así también los beneficios adicionales que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos le brindará un tratamiento especial según su estado.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): Centro de atención que proporciona principalmente servicios de rehabilitación tras una enfermedad o lesión, y ofrece una variedad de servicios, 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.

Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): Agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo contactar a los CMS.

Centro Quirúrgico para Pacientes Ambulatorios: Entidad que opera exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a los pacientes que no requieren hospitalización y que se espera que no permanezcan en el centro más de 24 horas.

Cobertura Acreditada de Medicamentos de Venta con Receta: 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 cumplen con los requisitos para ser miembros de Medicare generalmente pueden mantener la cobertura sin pagar una penalización, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Cobertura de medicamentos recetados (Medicare Parte D): Seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos artículos de pacientes ambulatorios que no cubre Medicare Parte A o Parte B.

Coordinación de Beneficios (COB): Disposición utilizada para establecer el orden en el que se pagan las reclamaciones cuando usted tiene otro seguro. Si tiene Medicare u otro seguro de salud o cobertura, cada tipo de cobertura se llama “pagador”. Cuando haya más de un pagador, habrá normas para la “coordinación de beneficios” que determinan cuál paga primero. El “pagador principal” paga lo que debe de sus facturas primero y luego envía el resto para que lo pague el “pagador secundario”. Sin embargo, si el pago que se nos deba se le envía directamente, la ley de Medicare le exige que nos entregue el pago. En algunos casos puede haber un tercero pagador. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1 (Sección 7) y el Capítulo 11 (Sección 8).

Copago: Una cantidad que se le puede pedir que pague como su parte del costo del servicio o suministro médico, como una consulta al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija, más que un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$10 o \$20 por una consulta con el médico o por los medicamentos recetados.

Coseguro: Monto que probablemente usted deba pagar como costo compartido por servicios o medicamentos recetados luego de pagar los deducibles. Generalmente, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, el 20 %) de los cargos del plan.

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 su 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. 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. Nota: En algunos casos, es posible que no tenga que pagar todos los costos compartidos correspondientes cuando reciba los servicios; nosotros le enviaremos después la factura de 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.

Costos que usted paga de su bolsillo: Consulte la definición de “costo compartido” proporcionada anteriormente. Al requisito de costo compartido para que el miembro pague una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se lo llama requisito de costo “que usted paga de su bolsillo”.

Deducible: Cantidad que debe pagar por la atención médica o las recetas médicas antes de que nuestro plan inicie el pago.

Desafiliarse o cancelación de la afiliación: Proceso de finalización de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la afiliación en nuestro plan puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (no por decisión propia).

Determinación de la Cobertura: Decisión sobre si el medicamento que se le recetó está cubierto o no por nuestro plan y el monto, en caso de haberlo, que usted debe pagar por el medicamento. En general, si trae su receta 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 folleto. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de la Organización: El plan de Medicare Advantage toma una determinación como organización cuando toma una decisión sobre si los servicios o artículos están cubiertos o cuánto debe pagar usted por ellos. Las determinaciones de la organización se llaman “decisiones sobre la cobertura” en este folleto. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia: Una emergencia 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, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser

una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que está empeorando rápidamente.

Equipo Médico Duradero (DME): Determinado equipo médico que pide el médico por motivos médicos. Los ejemplos incluyen: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión IV, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital pedidos por un proveedor para su uso en el hogar.

Etapas de Cobertura Catastrófica: La etapa de beneficios para medicamentos de Medicare Parte D en la que debe pagar un copago o coseguro bajo por sus medicamentos una vez que usted o terceros autorizados hayan gastado en su nombre **\$5,100** en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Etapas de Cobertura Inicial: Es la etapa después de que usted ha alcanzado su deducible y antes de que los costos totales de medicamentos que usted ha pagado y que su plan ha pagado en su nombre en el año alcancen el monto de **\$3,820**.

Evidencia de Cobertura (EOC) y Divulgación de Información: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula añadida u otra cobertura opcional seleccionada, que explican cuál es su cobertura, qué debemos hacer, cuáles son sus derechos y también sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no forma parte de la lista de medicamentos recetados disponibles del patrocinador del plan (una excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles). También puede solicitar una excepción si limitamos la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción a la lista de medicamentos).

Facturación de Saldos: Cuando un proveedor (tal como un médico o un hospital) factura a un paciente más del costo compartido permitido por el plan. Como miembro de nuestro plan, solo tiene que pagar su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores “facturen saldos” o de otra forma le hagan un cargo mayor que el monto del costo compartido que su plan dice que debe pagar.

Farmacia de la Red: Farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos “farmacias dentro de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, solo se cubren sus recetas médicas si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia que No Pertenece a la Red: Farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Según se describe en esta **Evidencia de Cobertura**, la mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias que no pertenecen a la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen determinadas condiciones (consulte el Capítulo 5, sección 2.5 para obtener más información).

Formulario: Lista de los medicamentos de Medicare Parte D que cubre nuestro plan.

Grupo Médico: Red de proveedores del plan que nuestro plan contrata para proporcionarle a usted los servicios cubiertos. El nombre del grupo médico es Colorado Permanent Medical Group, P.C., una organización profesional con fines de lucro.

Hospital de cuidado 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. Estas no son instalaciones de cuidado a largo plazo, como centros para pacientes convalecientes o de servicios de vida asistida.

Hospitalización de pacientes internos: Una hospitalización es cuando se le admite formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que usted siga siendo considerado un “paciente ambulatorio”.

Indicación Aceptada desde el Punto de Vista Médico: Uso de un medicamento que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o sustentado por determinadas fuentes de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información acerca de una indicación aceptada desde el punto de vista médico.

Ingresos Complementarios del Seguro Social (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 de edad. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (Health Plan): Kaiser Foundation Health Plan of Colorado es una organización sin fines de lucro de Georgia y una organización de Medicare Advantage. En esta **Evidencia de Cobertura**, a veces se hace referencia a Health Plan como “nosotros” o “nuestro/a”.

Kaiser Permanente Region: Una organización de Kaiser Foundation Health Plan que administra un programa de servicio directo de atención médica. Cuando se encuentra fuera de nuestra área de servicio, puede recibir la atención médica necesaria desde el punto de vista médico y atención permanente para afecciones crónicas de parte de proveedores designados en otra área de servicio de la región de Kaiser Permanente. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 3.

Kaiser Permanente: Kaiser Foundation Health Plan of Colorado y Medical Group.

Límite de Cobertura Inicial: El límite máximo de cobertura durante la Etapa de Cobertura Inicial.

Límites de Cantidad: Herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden establecerse en cuanto a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o por un periodo definido.

Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente 2019 (o “Lista de medicamentos”): Una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan. Seleccionamos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

Medicaid (o Asistencia Médica): Programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de algunas personas que tienen ingresos bajos y recursos limitados. Los programas de Medicaid pueden ser diferentes en cada estado, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Medicaid en su estado.

Medicamento excluido: Todo medicamento que no es un “medicamento cubierto de la Parte D”, como se define en la Sección 1395w-102(e) del Título 42 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.).

Medicamento genérico: Medicamento recetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos “genéricos” son tan eficaces como los medicamentos de marca y, por lo general, cuestan menos.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para referirnos a los medicamentos recetados que tienen cobertura a través de nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden cubrirse en la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su formulario para conocer la lista específica de medicamentos cubiertos). El Congreso impidió que algunas categorías específicas de medicamentos fueran cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Medicamento de Marca: Medicamento recetado que la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento produce y vende. Los medicamentos de marca tienen fórmulas con el mismo principio activo que la versión genérica. Sin embargo, los medicamentos genéricos son producidos y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles hasta después de que vence la patente del medicamento de marca.

Medicare: Programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, para algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y para personas que padecen insuficiencia renal crónica en fase terminal (generalmente, las que tienen insuficiencia renal permanente o que necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan del Programa de Atención Integral para Personas de Edad Avanzada (PACE) o Medicare Advantage Plan.

Médico de la red: Cualquier médico titulado que sea socio o trabaje para el Grupo Médico, o cualquier médico titulado contratado para prestar servicios a nuestros miembros (excepto los médicos contratados solo para brindar servicios de remisión).

Miembro (miembro de nuestro Plan o “Miembro del Plan”): 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).

Miembro con doble elegibilidad: Una persona que reúne los requisitos para obtener cobertura de Medicare y Medicaid.

Monto de Ajuste Mensual Según los Ingresos (IRMAA): Si sus ingresos superan un determinado límite, usted deberá pagar un monto de ajuste mensual que varía según los ingresos, además de la prima del plan. Por ejemplo, las personas cuyos ingresos sean superiores a los \$85,000 y los matrimonios cuyos ingresos sean superiores a los \$170,000 deben pagar un monto de prima de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y de Medicare Parte B (seguro médico). Esta cantidad adicional se llama ajuste mensual relacionado con los ingresos. Menos del 5 % de las personas que tienen Medicare se ven afectadas por este ajuste, por eso, la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo de los costos que usted paga de su bolsillo: Lo máximo que usted paga 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 sus primas del plan, Medicare Parte A y Parte B, y por los medicamentos recetados de la Parte D no cuentan respecto del monto máximo de gastos de bolsillo. Si reúne los requisitos para asistencia en el costo compartido a través de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para satisfacer el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Nota: Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alguna vez alcanzan este gasto de bolsillo máximo). Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información.

Necesario desde el Punto de Vista Médico: Servicios, artículos o medicamentos que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica y que reúnen los estándares aceptados de la práctica médica.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): Grupo de médicos y otros expertos de atención médica que reciben su pago del gobierno federal para supervisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con la QIO en su estado.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o Medicare con “pago por servicio”): El gobierno ofrece Original Medicare y no un plan de salud privado como los Planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En el caso de Original Medicare, los servicios de Medicare tienen cobertura a través de los pagos que reciben los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica según lo establece el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su porcentaje de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga el suyo. 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.

Parte C: Consulte “**Plan Medicare Advantage (MA)**”.

Parte D: Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para una fácil referencia, llamaremos Parte D al programa de beneficios de medicamentos recetados).

Penalización por Inscripción Tardía en la Parte D: Una cantidad que se agrega a su prima mensual de la cobertura de Medicare para medicamentos si usted se queda sin cobertura acreditada (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare) durante un periodo continuo de 63 días o más. Usted paga esta cantidad mayor mientras tenga un plan de Medicare para medicamentos. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de los medicamentos recetados del plan, no se le aplicará ninguna penalización por inscripción tardía.

Periodo de Beneficios: La manera en la que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios de un centro de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día que usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada y finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin que reciba atención para pacientes internos (o atención en un SNF). Si usted ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que finalizó un periodo de beneficios, comenzará un nuevo periodo de beneficios. No hay un límite en la cantidad de periodos de beneficios.

Periodo de Inscripción Inicial: Cuando usted reúne los requisitos para participar en Medicare por primera vez; es el periodo en el que puede inscribirse a Medicare Parte A y Parte B. Por

ejemplo, si reúne los requisitos para participar en Medicare al cumplir los 65 años de edad, su Periodo de Inscripción Inicial es el periodo de siete meses que inicia tres meses antes del mes en el que usted cumpla 65 años, incluido el mes en el que cumpla 65 años, y termina tres meses después del mes en el que cumpla 65 años.

Plan de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO): Plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores con contrato que acordaron tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan de PPO

debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea por medio de proveedores de la red o que no pertenecen a la red. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más altos cuando reciban los beneficios del plan de proveedores que no pertenecen a la red. Los planes de la PPO tienen un límite anual para los costos que paga de su bolsillo por los servicios recibidos de los proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto para los costos totales combinados que paga de su bolsillo por los servicios tanto de proveedores (preferidos) de la red como de proveedores (no preferidos) que no pertenecen a la red.

Plan de Necesidades Especiales: Un tipo especial de Plan de Medicare Advantage que proporciona atención médica más especializada para grupos determinados de personas, como las que tienen Medicare y Medicaid, las que viven en un hogar para ancianos o las que presentan ciertas afecciones crónicas.

Plan de Salud de Medicare: Un plan de salud de Medicare es ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriban en el plan. Esta expresión incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los Programas piloto o de demostración y los Programas de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE).

Plan institucional de necesidades especiales (SNP): Un plan de necesidades especiales en el que pueden inscribirse los miembros que reúnen los requisitos y residen constantemente o que se espera que residan constantemente, durante 90 días o más, en una instalación de cuidados a largo plazo (LTC). Entre estas instalaciones de LTC, pueden incluirse los centros de enfermería especializada (SNF); las instalaciones de enfermería (NF); (SNF/NF); un centro de atención intermedia para pacientes con retraso mental (ICF/MR); o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Para que un plan institucional de necesidades especiales pueda brindar cobertura a los residentes de instalaciones de LTC que tengan Medicare, debe contar con un acuerdo contractual con dicho centro (o bien, ser propietario y estar a cargo de este).

Plan institucional equivalente a un plan de necesidades especiales (SNP): Un plan de necesidades especiales en el que pueden inscribirse los miembros que reúnen los requisitos y residen en la comunidad pero que necesitan recibir atención de nivel institucional sobre la base de la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante la herramienta de evaluación del mismo nivel de atención del estado y debe ser administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción a miembros que residan en un centro de atención con servicios de vida asistida (ALF) que tenga un contrato con el plan, si fuera necesario, para garantizar la proporción uniforme de atención especializada.

Plan Medicare Advantage (MA): Llamado en ocasiones Medicare Parte C, es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser una

Organización para el del Mantenimiento de la Salud (HMO), una Organización de Proveedores Preferidos (PPO), un Plan de Pago por Servicio Privado (PFFS) o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) de Medicare. Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare tienen cobertura a través del plan y no los paga Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura para medicamentos recetados). A estos planes se los conoce como **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Cualquier persona que tenga Medicare Parte A y Parte B reúne los requisitos para unirse a cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con insuficiencia renal crónica en fase terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Plan PACE: El plan del Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (PACE) combina servicios de atención médica, social y a largo plazo (LTC) para las personas cuyo estado de salud es delicado, con el objetivo de ayudar a las personas a ser independientes en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar para ancianos) durante el tiempo que sea posible, mientras reciben atención de alta calidad. Las personas inscritas en los planes del PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza de “Medigap” (seguro suplementario de Medicare): Seguro suplementario de Medicare que venden las compañías privadas de seguros para llenar los “espacios” de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

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.

Problema médico de emergencia: Ya sea (1) Problema médico o psiquiátrico que se manifiesta con síntomas agudos de tal gravedad (incluido el dolor intenso) que lo hagan pensar, dentro de lo razonable, que si no recibe atención médica de inmediato, se puede poner en peligro grave su salud, sus funciones corporales o sus órganos, o bien, (2) trabajo de parto activo en el que no hay tiempo suficiente para trasladar a la embarazada de manera segura a un hospital del plan (o a un hospital designado) antes del parto o si dicho traslado representa un riesgo para su salud o seguridad (o la del bebé que está por nacer).

Programa de Descuento de la Etapa de Intervalo en la Cobertura de Medicare: Un programa que proporciona descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D para los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de Intervalo en la Cobertura y que todavía no reciben “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en los acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos. Por este motivo, casi todos, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuento.

Prostética y ortopedia: Se trata de dispositivos médicos que le solicita el médico u otro proveedor de atención médica. Entre los artículos cubiertos, se incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos de brazos, espalda y cuello; piernas, brazos y ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y la terapia nutricional enteral y parenteral.

Médico de cabecera (PCP): Su médico de cabecera es el médico u otro proveedor al que usted consulta primero por problemas de salud. Se asegura de que reciba la atención que necesita para conservar su salud. También puede hablar sobre su atención con otros médicos o proveedores de

atención médica y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su médico de cabecera antes de ver a cualquier proveedor de atención médica. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información sobre proveedores de atención médica primaria.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para designar a los médicos, otros profesionales de atención médica (incluidos, entre otros, asistentes médicos, enfermeros con práctica médica y enfermeros), hospitales y otros centros de atención médica que están acreditados o certificados por Medicare y el estado para proporcionar servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, para coordinar, así como para proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Pagamos a los proveedores de la red según el acuerdo que hayan celebrado y siempre que los proveedores acepten proporcionarle los servicios cubiertos por el plan. A los proveedores de la red también se los llamará “proveedores del plan”.

Proveedor que no pertenece a la red o centro de atención que no pertenece a la red: Proveedor o centro de atención con el que no hemos acordado coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores que no pertenecen a la red son proveedores que no son empleados del plan, no pertenecen al plan, no los opera el plan ni tienen un contrato con este para brindarle a usted los servicios cubiertos. En el Capítulo 3 de este folleto, se explica cómo usar los proveedores o los centros de atención que no pertenecen a la red.

Queja formal: Una queja que usted presenta contra nosotros, como una queja sobre la calidad de la atención que recibe. Estas quejas no abarcan disputas sobre pagos ni cobertura.

Queja: El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar un queja formal”. El proceso de quejas se utiliza solo para algunos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Consulte también “Queja formal”, en esta lista de definiciones.

Servicio a los Miembros y Atención al Cliente: Departamentos de nuestro plan encargados de responder las preguntas que tenga sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo comunicarse con Servicio a los Miembros y con el Departamento de Atención al Cliente.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que cubre Medicare Parte A y Parte B.

Servicios Cubiertos: El término general que usamos para referirnos a los suministros y servicios de atención médica que tienen cobertura a través de nuestro plan.

Servicios de Rehabilitación: Estos servicios incluyen terapia física, del habla y del lenguaje, y ocupacional.

Servicios de urgencia: Son aquellos que se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores dentro o fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos de manera temporal.

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.

Servicios: Artículos o servicios de atención médica.

Subsidio por Ingresos Bajos (LIS): Consulte “Ayuda Adicional”.

Tarifa de costo compartido diaria: Es posible que se aplique una “tarifa de costo compartido diaria” cuando su médico le recete un suministro para menos de un mes de determinados medicamentos y a usted se le pida pagar un copago. La tarifa de costo compartido diaria es el copago dividido entre el número de días en un suministro mensual. Este es un ejemplo: Si el copago para un suministro para un mes de un medicamento es de \$30 y un suministro para un mes en su plan es de 30 días, entonces su “tarifa de costo compartido diaria” es de \$1 al día. Esto significa que usted paga \$1 por cada día de suministro cuando surte su receta.

Declaración Divulgación de la Ley de Reducción del Papeleo (PRA): De acuerdo con la Ley de Reducción del Papeleo de 1995, no se le puede exigir a ninguna persona que responda a un pedido de información a menos que se muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) válido. El número de control de la OMB válido para esta obtención de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Kaiser Permanente no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Además:

- Proporcionamos ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
 - ◆ Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - ◆ Información por escrito en otros formatos, como impreso en letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles
- Proporcionamos servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
 - ◆ Intérpretes calificados
 - ◆ Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-476-2167 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana.

Si cree que Kaiser Permanente no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otro modo por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante nuestro Coordinador de Derechos Civiles escribiendo a 2500 South Havana, Aurora, CO 80014 o llamar a Servicio a los Miembros al número que se ha indicado anteriormente. Puede presentar una queja formal por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> (en inglés), por correo en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o por teléfono al: **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios de interpretación a varios idiomas

English

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-476-2167** (TTY: **711**).

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-476-2167** (TTY: **711**).

Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-476-2167** (TTY: **711**)。

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-476-2167** (TTY: **711**).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-476-2167** (TTY: **711**).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-800-476-2167 (TTY: **711**)번으로 전화해 주십시오.

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-476-2167** (телетайп: **711**).

Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。

1-800-476-2167 (TTY: **711**) まで、お電話にてご連絡ください。

Amharic

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-476-2167** (መስማት ለተሳናቸው: **711**)።

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-476-2167** (TTY: **711**).

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-476-2167** (ATS : **711**).

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-476-2167** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-476-2167** (رقم هاتف الصم والبكم: **117**).

Yoruba

AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-476-2167** (TTY: 711).

Cushite-Oromo

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-476-2167** (TTY: 711).

Nepali

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-800-476-2167 (टिटिवाइ: 711) ।

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid

MÉTODO	Servicio a los Miembros: información de contacto
TELÉFONO	1-800-476-2167 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablen 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.
FAX	303-214-6489
DIRECCIÓN	Kaiser Foundation Health Plan of Colorado Customer Experience 2500 South Havana Street Aurora, CO 80014-1622
SITIO WEB	kp.org/espanol

Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud de Colorado

Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud de Colorado es un programa estatal que obtiene financiamiento del gobierno federal y que ofrece asesoramiento sin cargo sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare.

MÉTODO	Información de contacto
TELÉFONO	1-888-696-7213
DIRECCIÓN	SHIP, Colorado Division of Insurance 1650 Broadway Street, Suite 850 Denver, CO 80202
SITIO WEB	http://www.dora.state.co.us/insurance/senior/senior.htm