

Notificación Anual de Cambios para 2019

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

Tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.

Qué debe hacer ahora

1. CONSULTE: ¿Cuáles cambios aplican para usted?

- ☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para averiguar si le afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que esta va a satisfacer sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que utiliza?
 - Consulte la Sección 1 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- ☐ Verifique los cambios de nuestra cobertura de medicamentos de venta con receta en el folleto para averiguar si le afectan.
 - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel distinto y tienen un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como necesitar 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 la Sección 1.6 para obtener información sobre los 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 las alternativas de menor costo que podrían estar disponibles para usted; esto podría ahorrarle gastos de bolsillo a lo largo del año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://es.medicare.gov/part-d/costs/part-d-costs.html>. Estos tableros señalan a 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 los costos de sus 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 para obtener más información sobre nuestro **Directorio de Proveedores**.
- ☐ Piense en sus costos generales de atención médica.
 - ¿A cuánto equivaldrán sus gastos de bolsillo por los servicios y medicamentos de venta con receta 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 del Buscador de Planes de Medicare en **<https://www.medicare.gov>**. Haga clic en “Find health & drug plans”. (Buscar planes de salud y de medicamentos).
 - Revise la lista en la contraportada del manual **Medicare y Usted**.
 - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- ☐ Una vez que delimite sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si desea **conservar** nuestro plan, no necesita hacer nada. Permanecerá en nuestro plan.
- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, puede cambiarse a **otro plan** que satisfaga mejor sus necesidades.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2018.

- Si no se **inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, seguirá inscrito en nuestro plan.
- Si se **inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el 1.º de enero de 2019.

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible de manera gratuita en español. Para obtener información adicional, comuníquese con Servicio a los Miembros al **1-800-476-2167**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. *This document is available for free in Spanish. Please contact our Member Services number at 1-800-476-2167 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 en Braille, letra grande o CD; si necesita uno de estos formatos, llame a Servicio a los Miembros.
- La cobertura 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). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de Kaiser Permanente Senior Advantage Gold

- Kaiser Permanente es un plan de una HMO que tiene contrato con Medicare. 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 (Health Plan). Las palabras “plan” o “nuestro plan” se refieren a Kaiser Permanente Senior Advantage (Senior Advantage).

Resumen de costos importantes para 2019

En la siguiente tabla 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 averiguar 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.	\$193	\$193
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para conocer los detalles).	\$3,400	\$3,400
Visitas al consultorio del médico	Consultas de atención médica primaria: \$10 por consulta. Consultas con un especialista: \$40 por consulta.	Consultas de atención médica primaria: \$10 por consulta. Consultas con un especialista: \$40 por consulta.
Hospitalizaciones 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.	Por cada hospitalización, \$170 por día para los primeros 5 días.	Por cada hospitalización, \$170 por día para los primeros 5 días.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Cobertura de medicamentos de venta con receta de la Parte D (Consulte los detalles en la Sección 1.6).	Costo compartido durante la Etapa inicial de Cobertura (suministro para un máximo de 30 días):	
	Nivel de Medicamento 1: \$6 Nivel de Medicamento 2: \$12 Nivel de Medicamento 3: \$40 Nivel de Medicamento 4: \$95 Nivel de Medicamento 5: 33 % Nivel de Medicamento 6: \$0	Nivel de Medicamento 1: \$3 Nivel de Medicamento 2: \$12 Nivel de Medicamento 3: \$40 Nivel de Medicamento 4: \$95 Nivel de Medicamento 5: 33 % Nivel de Medicamento 6: \$0

Notificación Anual de Cambios para 2019

Índice

Resumen de costos importantes para 2019	4
Sección 1. Cambios en los costos y beneficios para el próximo año	6
Sección 1.1. Cambios en la prima mensual	6
Sección 1.2. Cambios al 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 los medicamentos de venta con receta de la Parte D	9
Sección 2. Cómo decidir qué plan elegir	12
Sección 2.1. Si desea seguir en nuestro plan	12
Sección 2.2. Si decide cambiar de plan.....	13
Sección 3. Fecha límite para cambiar de plan	13
Sección 4. Programas que ofrecen asesoramiento sin costo sobre Medicare.....	14
Sección 5. Programas que ayudan a pagar los medicamentos de venta con receta	14
Sección 6. ¿Preguntas?.....	15
Sección 6.1. Cómo obtener ayuda de nuestro plan	15
Sección 6.2. Cómo obtener ayuda de Medicare.....	16

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

Sección 1.1. Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual sin Advantage Plus (Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	\$193	\$193
Prima mensual con Advantage Plus Una de estas primas del plan se aplica en su caso solo si está inscrito en uno o ambos de nuestros paquetes de beneficios suplementarios opcionales, que se llaman Advantage Plus. (Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).		
Opción 1 de Advantage Plus	\$228	\$228
Opción 2 de Advantage Plus	\$207	\$207
Ambas Opciones de Advantage Plus	\$242	\$242

- Su prima mensual del plan será mayor si debe pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D de por vida por permanecer sin una cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada “cobertura acreditada”) durante 63 días o más.
- Si sus ingresos son más altos, es posible que tenga que pagar directamente al gobierno un monto mensual adicional por su cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare.
- Su prima mensual será menor si está recibiendo “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos de venta con receta.

Sección 1.2. Cambios al 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 (así como por 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)
Monto máximo de gastos de bolsillo Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. La prima y los costos por medicamentos de venta con receta de su plan no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo.	\$3,400	\$3,400 Una vez que haya pagado \$3,400 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B (así como por algunos servicios de atención médica que no cubre Medicare), no pagará nada por estos servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

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 averiguar si sus proveedores (médico de cabecera, 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 del plan. Existen diversos motivos por los cuales su proveedor podría dejar el plan, pero si su médico o especialista deja el 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.
- Le 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 para que no se interrumpa el tratamiento necesario desde el punto de vista médico que está recibiendo; nosotros trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor previo o que su atención no se ha administrado apropiadamente, tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista va a dejar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle 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 de venta con receta 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** 2019 para ver qué farmacias forman parte de nuestra red.

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

Cambiaremos nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el próximo año. Estos cambios se describen a continuación. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, “Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)” de la **Evidencia de Cobertura** 2019.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Visitas al Departamento de Emergencias	Usted paga \$70 por visita.	Usted paga \$80 por visita.
Programas de educación de salud y el bienestar Las clases para una Vida Sana se enfocan en condiciones de salud como la presión arterial alta, el colesterol, la 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: control del peso, acondicionamiento físico y control del estrés.	Sin cobertura.	Sin costo.
IRM, TC y TEP	Usted paga \$145 por procedimiento, por parte del cuerpo estudiada.	Usted paga \$140 por procedimiento, por parte del cuerpo estudiada.
Cirugía para pacientes ambulatorios	Usted paga \$115 por cirugía.	Usted paga \$100 por cirugía.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Servicios urgentes que se proporcionan en el hogar	Usted paga \$10 por consulta de atención médica primaria y \$40 por consulta con un especialista.	Usted paga \$30 por consulta.

Sección 1.6. Cambios en la cobertura de los medicamentos de venta con receta 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 nuestra cobertura 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 otro profesional que recete) y pedirle al plan que haga una excepción para cubrir el medicamento.
 - ♦ Para obtener información sobre lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de la **Evidencia de Cobertura**, “Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)” o llame a Servicio a los Miembros.
- Trabajar con su médico (u otro profesional que expida recetas) para encontrar un medicamento diferente que cubramos. Puede llamar a Servicio a los Miembros y solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se usan como tratamiento para la misma condición médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos recetados disponibles durante los primeros 90 días del año del plan o de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. Para 2019, los miembros en los centros de atención de cuidados a largo plazo (LTC) recibirán un suministro temporal igual al 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 del 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 de medicamento a uno cubierto por el plan o pedirle a este que haga una excepción en su caso y que cubra su medicamento actual.

Debido a que nuestra lista de medicamentos recetados disponibles incluye todos los medicamentos que pueden tener cobertura con uno de los planes de medicamentos de venta con receta de Medicare Parte D, es improbable que hayamos hecho una excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles en su caso para 2018 para cubrir un medicamento que no se incluye en esta. Sin embargo, en el caso poco común de que sí hayamos hecho una excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles en 2018, la excepción puede continuar en 2019 siempre y cuando 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, podemos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare a lo largo del año.

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 nivel de costo compartido o de uno menor, y con las mismas restricciones o menos. Asimismo, cuando agreguemos el medicamento genérico nuevo, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en la Lista de Medicamentos, pero lo moveríamos de inmediato a un nivel de costo compartido distinto o añadiríamos nuevas restricciones. Esto significa que, si está tomando el medicamento de marca que es reemplazado por uno 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 un resurtido para 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, aún recibirá 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 requieren que le enviemos una notificación por anticipado si está tomando determinado medicamento, le proporcionaremos dicha notificación 30 días, en lugar de 60 antes de que hagamos el cambio. O le daremos un resurtido para 30 días, en lugar de 60, 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 seguir trabajando con su médico (u otro profesional que expida recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento. Asimismo, continuaremos actualizando nuestra Lista de Medicamentos en línea según lo previsto y proporcionando más información necesaria para reflejar los cambios a los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podríamos realizar a nuestra Lista de Medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la **Evidencia de Cobertura**).

Cambios en los costos de los medicamentos de venta con receta

Nota: Si participa en un programa que le ofrece ayuda para pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), la información de los costos de los medicamentos de venta con receta 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 de Venta con Receta**” (también conocida como “Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos” o la “Cláusula LIS”), que incluye información sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe

“Ayuda Adicional” y no ha recibido esta cláusula antes del 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 se encuentra. (Consulte la Sección 2 en el Capítulo 6 de la **Evidencia de Cobertura** para obtener más información sobre las etapas).

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 del Período de Intervalo en la Cobertura y la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la **Evidencia de Cobertura** adjunta).

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de Deducible Anual	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pagos no se aplica en su caso.	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pagos no se aplica en su caso.

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 gastos de bolsillo que paga por medicamentos cubiertos”, de la **Evidencia de Cobertura**.

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial En esta etapa, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le corresponda y usted paga la suya. Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando usted surte su receta médica en una farmacia de la red que cuenta con costos	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red que cuenta con costos compartidos normales: • Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$6 por receta médica. • Nivel 2: Medicamentos genéricos: Usted paga \$12 por receta médica.	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red que cuenta con costos compartidos normales: • Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$3 por receta médica. • Nivel 2: Medicamentos genéricos: Usted paga \$12 por receta médica.

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
compartidos normales. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o sobre el envío por correo de medicamentos de venta con receta, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la Evidencia de Cobertura. Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para verificar si sus medicamentos estarán en un nivel distinto, consulte la Lista de Medicamentos.	• Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$40 por receta médica. • Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos: Usted paga \$95 por receta médica. • Nivel 5: Medicamentos de nivel de especialidad: Usted paga 33 % del costo total. • Nivel 6: Vacunas Inyectables de la Parte D: Usted paga \$0 por receta médica. En cuanto sus costos totales por medicamentos alcancen los \$3,750, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del Período de Intervalo en la Cobertura).	• Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$40 por receta médica. • Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos: Usted paga \$95 por receta médica. • Nivel 5: Medicamentos de nivel de especialidad: Usted paga 33 % del costo total. • Nivel 6: Vacunas inyectables de la Parte D: Usted paga \$0 por receta médica. En cuanto sus costos totales por medicamentos alcancen los \$3,820, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del Período de Intervalo en la Cobertura).

Cambios en las Etapas del Período de Intervalo en la Cobertura y de Cobertura para Catástrofes

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la Etapa del Período de Intervalo en la Cobertura y la Etapa de Cobertura para Catástrofes) son para personas con costos altos de medicamentos. La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del Período de Intervalo en la Cobertura o la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la **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 otro plan ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, seguirá inscrito automáticamente 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 los siguientes pasos:

Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- O puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, necesitará decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual **Medicare y Usted** 2019, comuníquese con el personal del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro 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, primas mensuales y montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Si desea cambiarse a otro plan de salud de Medicare, inscríbase en un plan nuevo. Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan.
- Si desea cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos de venta con receta, inscríbase en el plan nuevo de medicamentos. Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan.
- Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos de venta con receta, debe:
 - ♦ Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su membresía. Comuníquese con Servicio a los Miembros si necesita información adicional sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6.1 de este folleto).
 - ♦ O llamar a **Medicare** al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su membresía. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 3. Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigor el 1.º de enero de 2019.

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, se permiten cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, se permite hacer cambios en otros momentos del año a las personas que tienen Medicaid, las que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o están abandonando la

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

cobertura de un empleador y las que se mudan fuera del área de servicio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la **Evidencia de Cobertura**.

Nota: Si usted es parte de un programa de administración de medicamentos, no podrá cambiar de plan.

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

Sección 4. Programas que ofrecen asesoramiento sin costo sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (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 gratuito sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud de Colorado pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Ellos pueden ayudarle 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 sobre el Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud de Colorado si visita su sitio web (<https://www.colorado.gov/pacific/dora/senior-healthcare-medicare>).

Sección 5. Programas que ayudan a pagar los medicamentos de venta con receta

Es posible que usted reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos de venta con receta. A continuación, mencionamos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos bajos reúnan los requisitos para obtener “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos de venta con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos de venta con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no tendrán un período de intervalo en la cobertura ni penalización por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para saber si reúne los requisitos, 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 a 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).

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

- ♦ Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa estatal de asistencia para gastos de farmacia.** Colorado cuenta con un programa llamado Bridging the Gap Colorado que ayuda a las personas a pagar los medicamentos de venta con receta con base en sus necesidades financieras, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 4 de este folleto).
- **Asistencia con el Costo Compartido de las Recetas Médicas para las Personas con VIH o SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que las personas con VIH o SIDA que califican para el ADAP tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Estas personas deben cumplir ciertos requisitos, incluida una prueba de residencia en el estado y de VIH; contar con bajos ingresos, de acuerdo con la definición del estado; y no tener seguro o tener una cobertura insuficiente. Los medicamentos de venta con receta de Medicare Parte D que también cubre el ADAP califican para la ayuda con 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 ayudarle. Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-476-2167**. (Únicamente los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Esta **Notificación Anual de Cambios** le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 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 de venta con receta. 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

Para obtener información directamente de Medicare:

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**
 - ♦ Puede llamar 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**.
- **Visite el sitio web de Medicare**
 - ♦ También puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Este sitio contiene información sobre el costo, la cobertura y las clasificaciones del nivel de calidad para ayudarle 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, que se encuentra en el sitio web de Medicare. (Para consultar la información sobre los planes, visite <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. Cada año, este folleto se envía por correo en otoño a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y responde 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**.

Evidencia de Cobertura

Sus Servicios y Beneficios de Salud de Medicare y su Cobertura para Medicamentos Recetados como miembro del plan Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO)

Este folleto incluye información detallada sobre su cobertura de atención médica y medicamentos de venta con receta 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 de venta con receta que necesita. Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

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

Kaiser Permanente es un plan de una HMO que tiene contrato con Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.

Este documento está disponible de manera 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., 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.

Si lo necesita, este documento está disponible en Braille, letra grande y CD; llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están 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 de venta con receta, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso 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 temas al principio de cada capítulo.

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

Se explica qué significa ser parte de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Se indica qué materiales recibirá, la prima del plan, la penalización por inscripción tardía en la Parte D, la tarjeta de membresía del plan y cómo mantener actualizado el registro de su membresía.

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes 20

Se indica cómo comunicarse con nuestro plan (Senior Advantage) y con otras organizaciones, entre ellas Medicare, el Programa Estatal de Asistencia del Seguro Médico (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro médico para personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos de venta con receta y la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios.

CAPÍTULO 3. Cómo usar la cobertura del plan para obtener servicios médicos 35

Se explica información importante que debe conocer sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen cómo usar los proveedores de la red de nuestro plan y cómo obtener atención en una emergencia.

CAPÍTULO 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 51

Se ofrecen detalles sobre qué servicios de atención médica tienen cobertura y cuáles *no* para usted como miembro. Se explica qué porcentaje de los costos de la atención médica cubierta le corresponde pagar a usted.

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos de venta con receta de la Parte D 114

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. Se brinda información acerca de los programas de seguridad y administración de medicamentos que ofrece nuestro plan.

CAPÍTULO 6. Lo que paga por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D 138

Se explica cuáles son las tres etapas de la cobertura de medicamentos (Periodo de Cobertura Inicial, Periodo de Intervalo en la Cobertura y Periodo de Cobertura Catastrófica) y cómo estas afectan el monto que usted paga por sus medicamentos. Se explican los seis niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D y se le indica el monto que debe pagar en cada nivel de costo compartido.

CAPÍTULO 7. Cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos 159

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 166

Se explican sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Se indica qué puede hacer si considera que no se respetan sus derechos como miembro.

CAPÍTULO 9. Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)..... 177

Se explica paso a paso qué debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

- Se describe cómo solicitar una decisión sobre la cobertura y cómo presentar una apelación si está teniendo problemas para obtener un servicio de atención médica o un medicamento recetado que usted considera que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos excepciones a las reglas o a las restricciones adicionales en su cobertura para medicamentos de venta con receta 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 234

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 243

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

CAPÍTULO 12. Definición de palabras relevantes 249

Se explican los términos claves usados en este folleto.

CAPÍTULO 1. Introducción para miembros

SECCIÓN 1. Introducción	3
Sección 1.1 Usted se encuentra inscrito en Senior Advantage, que es una HMO de Medicare	3
Sección 1.2 ¿En qué consiste el folleto de la Evidencia de Cobertura?	3
Sección 1.3 Información legal acerca de la Evidencia de Cobertura	4
SECCIÓN 2. ¿Qué requisitos lo hacen elegible 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?	5
Sección 2.3 Área de servicio de nuestro plan para Senior Advantage	5
Sección 2.4 Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos	5
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 de venta con receta cubiertos	6
Sección 3.2 Directorio de Proveedores: La guía que incluye todos los proveedores de nuestra red	6
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 de venta con receta disponibles)	8
Sección 3.5 Explicación de Beneficios de la Parte D (la “EOB de la Parte D”): informes que incluyen un resumen de los pagos hechos por los medicamentos de venta con receta 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 5. ¿Debe pagar la “penalización por inscripción tardía” de la Parte D?	10
Sección 5.1 ¿Qué es la “penalización por inscripción tardía” de la Parte D?	10
Sección 5.2 ¿De cuánto es la penalización por inscripción tardía en la Parte D?	11
Sección 5.3 En ciertos casos, puede usar la inscripción tardía sin tener que pagar la multa	12

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la penalización por inscripción tardía en la Parte D?.....	12
SECCIÓN 6. ¿Tiene que pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?	13
Sección 6.1 ¿Quién paga un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?.....	13
Sección 6.2 ¿A cuánto equivale el monto adicional de la Parte D?	13
Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?	13
Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no paga el monto adicional de la Parte D?	14
SECCIÓN 7. Más información sobre la prima mensual.....	14
Sección 7.1 Hay varias formas de pagar la prima del plan	15
Sección 7.2 ¿Podemos cambiar el monto de la prima mensual del plan durante el año?	17
SECCIÓN 8. Mantenga actualizado el registro de su membresía del plan.....	17
Sección 8.1 Cómo ayudarnos a garantizar que tengamos información exacta sobre usted.....	17
SECCIÓN 9. Protegemos la privacidad de su información médica personal	18
Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida	18
SECCIÓN 10. Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	18
Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?.....	18

SECCIÓN 1. Introducción

Sección 1.1 Usted se encuentra inscrito en Senior Advantage, que es una HMO de Medicare

Usted tiene cobertura de Medicare y ha decidido obtener su cobertura de atención médica y de medicamentos de venta con receta por medio de nuestro plan, Kaiser Permanente Senior Advantage. Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Senior Advantage es un plan de la HMO de Medicare Advantage aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 ¿En qué consiste 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 de venta con receta de Medicare cubiertos mediante nuestro plan. También se explican cuáles son sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro de nuestro plan.

En esta **Evidencia de Cobertura** se describen los siguientes tres planes de Senior Advantage, los cuales incluyen cobertura para los medicamentos de venta con receta de Medicare Parte D:

- **Kaiser Permanente Senior Advantage Gold (HMO)**, que en esta **Evidencia de Cobertura** se denomina “plan Gold”.
- **Kaiser Permanente Senior Advantage Silver (HMO)**, que en esta **Evidencia de Cobertura** se denomina “plan Silver”.
- **Kaiser Permanente Senior Advantage Core (HMO)**, que en esta **Evidencia de Cobertura** se denomina “plan Core”.

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

Esta **Evidencia de Cobertura** también describe los “beneficios adicionales opcionales” llamados Advantage Plus. Las referencias a estos beneficios aplican en su caso únicamente si está inscrito en Advantage Plus.

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

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

Si está confundido, tiene inquietudes o desea simplemente hacer una pregunta, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos 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 estará en vigor durante los meses en los que usted esté inscrito en Senior Advantage 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. Usted puede seguir contando con la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan, siempre y cuando elijamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación de este.

SECCIÓN 2. ¿Qué requisitos lo hacen elegible para ser miembro del plan?**Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad**

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

- Tenga Medicare Parte A y Medicare Parte B (en la Sección 2.2 más adelante se le explica acerca de Medicare Parte A y Medicare Parte B);
- y viva en nuestra área de servicio (en la Sección 2.3 más adelante se describe nuestra área de servicio);
- y sea ciudadano o residente legal de los Estados Unidos, y
- y no tenga Insuficiencia Renal Terminal (ESRD); se aplican escasas excepciones, por ejemplo, que presente ESRD cuando ya es miembro de alguno de los planes que ofrecemos o si era miembro de otro plan que se canceló.

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 domiciliaria
- 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 Área de servicio de nuestro plan para Senior Advantage

Aunque Medicare es un programa federal, nuestro plan está disponible solo para aquellas personas que viven en el área de servicio de nuestro 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 están impresos 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.

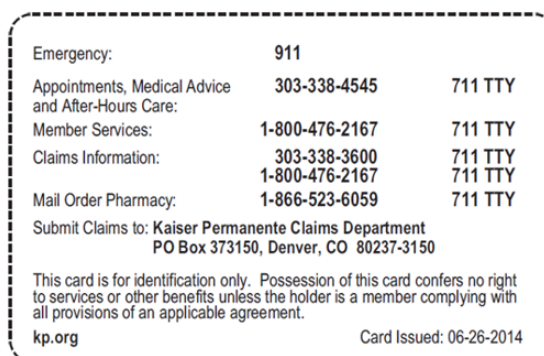
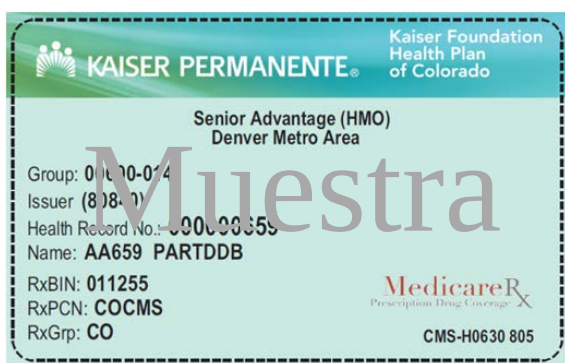
También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social se encuentran en la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.4 Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos

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

SECCIÓN 3. ¿Qué otros materiales le enviaremos?**Sección 3.1 Tarjeta de membresía del plan: Úsela para recibir toda la atención y los medicamentos de venta con receta cubiertos**

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



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 están impresos en la contraportada de este folleto.

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

El **Directorio de Proveedores** enlista los proveedores que pertenecen a nuestra red y los proveedores de equipos médicos duraderos.

¿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 su 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 sus 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 están impresos 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 aceptado surtir recetas médicas cubiertas de los miembros del 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. 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 pedirnos que le enviemos por correo un **Directorio de Farmacias**. Revise 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 están impresos 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 de venta con receta 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 de venta con receta de la Parte D tienen cobertura en virtud del beneficio de la Parte D que se incluye en nuestro plan. El plan selecciona los medicamentos que aparecen en esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir ciertos requisitos de Medicare. Medicare aprobó 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 están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.5 Explicación de Beneficios de la Parte D (la “EOB de la Parte D”): informes que incluyen un resumen de los pagos hechos por los medicamentos de venta con receta de la Parte D

Cuando usted use los beneficios para medicamentos de venta con receta de la Parte D, le enviaremos un informe de resumen que le ayudará a entender y dar seguimiento a sus pagos por medicamentos de venta con receta de la Parte D. A este informe se le llama **Explicación de Beneficios de la Parte D** (o “EOB de la Parte D”).

La **EOB de la Parte D** le indica el monto total que usted u otras personas en su nombre han gastado en medicamentos de venta con receta de la Parte D y el monto total que pagamos nosotros por cada uno de sus medicamentos de venta con receta de la Parte D durante el mes. En el Capítulo 6 (“Qué debe pagar por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D”) le brinda más información sobre la **EOB de la Parte D** y cómo puede ayudarle 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 están impresos en la contraportada de este folleto).

También puede elegir consultar su **EOB de la Parte D** en línea, en lugar de hacerlo 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, usted paga una prima mensual por el plan. La siguiente tabla muestra el monto de la prima mensual de todos los planes que ofrecemos en el área de servicio. 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).

Prima mensual del plan				
Plan	Prima del plan sin Advantage Plus	Prima del plan con Advantage Plus* (tres opciones)		
		Opción 1	Opción 2	Opciones 1 y 2
Plan Gold	\$193	\$228*	\$207*	\$242*
Plan Silver	\$47	\$82*	\$61*	\$96*
Plan Core	\$0	\$35*	\$14*	\$49*
*Si se registró para recibir beneficios adicionales, también llamados “beneficios suplementarios opcionales” (Advantage Plus), entonces, usted paga una prima adicional cada mes por esos beneficios adicionales. Si tiene alguna pregunta con respecto a las primas de su plan, llame a Servicio a los Miembros y consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 para obtener más información.				

En algunos casos, la prima de su plan puede ser menor

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos, se incluyen “Ayuda Adicional” y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. En la Sección 7 del Capítulo 2, se le brinda más información sobre estos programas. Si usted reúne los requisitos, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si ya está inscrito y obtiene ayuda por parte de uno de estos programas, la información sobre las primas incluida en esta **Evidencia de Cobertura** no 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 de Venta con Receta” (también conocida como “Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos” o “Cláusula LIS”), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no ha recibido esta cláusula, llame a Servicio a los Miembros y pida la “Cláusula LIS”. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

En algunos casos, la prima del plan puede 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 resultaron elegibles por primera vez para hacerlo o porque tuvieron un periodo continuo de 63 días o más sin cobertura de medicamentos de venta con receta “acreditada”. (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 de venta con receta 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 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. La penalización por inscripción tardía en la Parte D se explica en la Sección 5 del Capítulo 1.
 - ♦ Si se le impone una penalización por inscripción tardía en la Parte D y no la paga, es posible que se cancele su inscripción a nuestro plan.

SECCIÓN 5. ¿Debe pagar la “penalización por inscripción tardía” de la Parte D?

Sección 5.1 ¿Qué es la “penalización por inscripción tardía” de la Parte D?

Nota: Si recibe “Ayuda Adicional” por parte de Medicare para pagar los medicamentos de venta con receta, no se le aplicará ninguna penalización por inscripción tardía.

La penalización por inscripción tardía es un monto que se añade a la prima de la Parte D. Es posible que deba pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si, en cualquier momento, después de que terminó su periodo de inscripción inicial, no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditada de medicamentos de venta con receta durante un periodo consecutivo de 63 días o más. “Cobertura acreditada de medicamentos de venta con receta” es aquella que satisface los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos el monto equivalente al de la cobertura estándar de medicamentos de venta con receta de Medicare. El costo de la penalización por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin cobertura acreditada de medicamentos de venta con receta. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

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

La penalización por inscripción tardía en la Parte D se considera parte de la prima del plan. Si no paga la penalización por inscripción tardía en la Parte D, podría perder los beneficios de medicamentos de venta con receta por no pagar la prima del plan.

Sección 5.2 ¿De cuánto es la penalización por inscripción tardía en la Parte D?

Medicare establece el monto de la multa del siguiente modo:

- Primero, cuente los meses completos que tardó para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare a partir de la fecha en que resultó elegible para inscribirse. O bien, cuente los meses completos en los que no tuvo cobertura acreditada de medicamentos de venta con receta, si la detención de la cobertura fue de 63 días o más. La multa equivale al 1 % de cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país el año anterior. Para 2019, el monto de la prima mensual promedio es de \$33.19.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima mensual promedio y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo anterior, se multiplicaría 14 % por \$33.19, lo que equivale a \$4.64. Esto se redondea a \$4.60. Este monto se agregaría a la prima mensual de un miembro que tenga que pagar la penalización por inscripción tardía en la Parte D.

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

- Primero, la multa puede cambiar todos los años porque la prima mensual promedio puede modificarse cada año. Si la prima promedio nacional (según lo establece Medicare) aumenta, también lo hará la multa.
- Segundo, deberá seguir pagando una multa mensual mientras esté inscrito en un plan con beneficios para medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la penalización por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la penalización por inscripción tardía en la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura después de su periodo de inscripción inicial mientras espera cumplir la edad necesaria para Medicare.

Sección 5.3 En ciertos casos, puede usar la inscripción tardía sin tener que pagar la multa

Aunque se haya inscrito de forma tardía en un plan con cobertura de Medicare Parte D cuando resultó elegible por primera vez, es posible que a veces no tenga que pagar la penalización por inscripción tardía en la Parte D.

No deberá pagar la penalización por inscripción tardía en ninguna de las siguientes circunstancias:

- Si ya tiene cobertura de medicamentos de venta con receta que se espera que pague, en promedio, al menos el monto equivalente al de la cobertura estándar de medicamentos de venta con receta de Medicare. Medicare llama a esto “cobertura acreditada de medicamentos”.

Tenga en cuenta:

- ♦ La cobertura acreditada puede incluir cobertura de medicamentos por parte de un empleador o sindicato anteriores, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o el departamento de recursos humanos le indicará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditada. Es posible que esta información se envíe en una carta o se incluya en un boletín del plan. Conserve esta información, ya que es posible que la necesite si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Importante: Recibir un “certificado de cobertura acreditada” cuando su cobertura médica finaliza no quiere decir que su cobertura de medicamentos de venta con receta era acreditada. El aviso debe indicar que usted tenía cobertura “acreditada” de medicamentos de venta con receta que se esperaba que pagase al menos el monto cubierto por el plan de medicamentos de venta con receta estándar de Medicare.
- ♦ Las siguientes no son coberturas “acreditadas” de medicamentos de venta con receta: tarjetas de descuento de medicamentos de venta con receta, clínicas gratuitas y sitios web con descuentos para medicamentos.
- ♦ Para obtener más información sobre la cobertura acreditada, consulte su manual **Medicare y Usted** 2019 o llame a Medicare 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.
- Si usted no tuvo cobertura acreditada durante menos de 63 días seguidos.
- Si está recibiendo “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la penalización por inscripción tardía en la Parte D?

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

una revisión de la penalización por inscripción tardía. Llame a Servicio a los Miembros para obtener más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Importante: No deje de pagar la penalización por inscripción tardía en la Parte D mientras espera la revisión de la decisión de dicha multa. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las primas del plan.

SECCIÓN 6. ¿Tiene que pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién paga un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

La mayoría de las personas paga una prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan un monto adicional debido a sus ingresos anuales. Si sus ingresos son de \$85,000 o más para una persona (o para parejas casadas que declaren sus impuestos independientemente), o de \$170,000 o más para parejas casadas, **debe pagar un monto adicional al gobierno** por su 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 indicará el total del monto adicional y cómo puede pagarlo. La cantidad adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios o la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague generalmente las primas de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional que debe. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. Debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan.

Sección 6.2 ¿A cuánto equivale el monto adicional de la Parte D?

Si sus ingresos brutos ajustados modificados (MAGI), de acuerdo con su declaración de impuestos del IRS, sobrepasan un monto determinado, pagará un monto adicional a la prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que es posible que tenga que pagar con base en sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html>.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?

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

Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no paga el monto adicional de la Parte D?

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de Medicare Parte D. Si debe pagar el monto adicional por ley y no lo hace, se cancelará su inscripción al plan y perderá la cobertura de medicamentos de venta con receta.

SECCIÓN 7. Más información sobre la prima mensual**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Además de pagar las primas mensuales del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 de este capítulo, para ser elegible para nuestro plan, debe tener tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B. Algunos miembros del plan (aquellos que no reúnen los requisitos para la Parte A sin prima) pagan una prima por Medicare Parte A. La mayor parte de los miembros del plan paga una prima por Medicare Parte B. Debe seguir pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro de nuestro plan.

Algunas personas pagan un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales. Esto se conoce como Montos de Ajuste Mensual con base en los Ingresos, también conocidos como IRMAA. Si sus ingresos son de \$85,000 o más para una persona (o para personas casadas que declaren sus impuestos independientemente), o de \$170,000 o más para parejas casadas, debe pagar un monto adicional directamente al gobierno (no al plan de Medicare) por su cobertura de Medicare Parte D.

- Si usted debe pagar el monto adicional y no lo paga, su inscripción en nuestro plan se cancelará y perderá la cobertura de medicamentos de venta con receta.
- 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 desea más información sobre las primas de la Parte D basadas en los ingresos, consulte la Sección 6 de este capítulo. También puede visitar el sitio web <https://www.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**.

Su copia de **Medicare y Usted** 2019 le proporciona información sobre las primas de Medicare en la sección titulada “Costos de Medicare 2019”. Ahí se explica cómo varían las primas de Medicare Parte B y Parte D de acuerdo con el nivel de ingresos de cada persona. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del folleto **Medicare y Usted** todos los años durante el otoño. Los miembros nuevos de Medicare lo reciben un mes después de inscribirse. También puede descargar una copia de **Medicare y Usted** 2019 desde el sitio web de Medicare (<https://www.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 7.1 Hay varias formas de pagar la prima del plan

Puede pagar la prima del plan de tres formas. Cuando se inscribe en nuestro plan, debe informarnos qué opción de pago desea de la siguiente forma:

- **Opción 1 (Pago con cheque):** Anote esto en su formulario de solicitud de inscripción. Pagará mediante cheque (Opción 1) a menos que nos indique que quiere que la prima se deduzca automáticamente de su banco (Opción 2) o de su cheque del 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 a usted un cargo por devolución.

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 de su cheque mensual del Seguro Social

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

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

Debemos recibir el pago de la prima del plan en nuestras oficinas antes del último día del mes anterior al mes de cobertura. Si no recibimos el pago 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 de venta con receta.

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 están impresos en la contraportada de este folleto.

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

Si interrumpimos su membresía en nuestro plan porque no pagó la prima del plan, es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente, si se inscribe en un nuevo plan durante el periodo de inscripción anual. Durante el periodo anual de inscripción abierta de Medicare, puede inscribirse en un plan independiente de medicamentos de venta con receta o en un plan de salud con cobertura de medicamentos. (Si no tiene cobertura de medicamentos “acreditada” por más de 63 días, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D).

Es posible que, en el momento en que cancelemos su membresía, usted aún tenga deudas con nosotros por primas pendientes de pago. Tenemos el derecho de cobrar las primas que deba.

Si considera que hemos cancelado su membresía por error, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos nuestra decisión al presentar una queja. La Sección 10 del Capítulo 9 de este folleto incluye información sobre cómo presentar una queja. Si ha tenido un caso de emergencia que estuvo fuera de su control y provocó que no pudiese 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 no más de 60 días después de la fecha en que termine su membresía.

Sección 7.2 ¿Podemos cambiar el monto de la prima mensual del plan durante el año?

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

Sin embargo, en algunos casos el porcentaje de la prima que le corresponde pagar a usted sí puede modificarse durante el año. Esto sucede si reúne los requisitos para participar en el programa “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 de venta con receta, el programa “Ayuda Adicional” pagará parte de su prima mensual del plan. Un miembro que pierde su elegibilidad para este beneficio durante el año, deberá empezar a pagar la totalidad de la prima mensual. Puede obtener más información sobre el programa “Ayuda Adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 8. Mantenga actualizado el registro de su membresía del plan

Sección 8.1 Cómo ayudarnos a garantizar que tengamos información exacta sobre usted

El registro de su membresía incluye información que usted proporciona en el formulario de inscripción, como su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica del plan, incluido su 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 otro aspecto de su cobertura de seguro médico (como su empleador o el de su cónyuge, la compensación del trabajador o 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 responsable de usted (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 están impresos en la contraportada de este folleto).

También es importante que se comuniquen 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 seguro que tenga

Medicare requiere que recopilemos información de usted sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que recibe por parte de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta con todas las otras coberturas médicas o de medicamentos que sabemos que tiene. Le pedimos que lea esta información detenidamente y, si es correcta, no es necesario que haga nada más. Si hay algún error en la información o usted tiene otra cobertura que no está incluida, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 9. Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 9.1 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, y nuestro plan las cumple.

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

SECCIÓN 10. Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?

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

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, la cantidad de personas empleadas por el empleador y de si usted tiene Medicare con base en su edad, una discapacidad o una insuficiencia renal terminal (ESRD):
 - ♦ Si tiene menos de 65 años y 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 ESRD, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses a partir de la fecha en que haya reunido los requisitos para ser miembro de Medicare.

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

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

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

Si tiene otro seguro, informe 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 están impresos 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 (cómo comunicarse con nosotros, lo cual incluye cómo comunicarse con Servicio a los Miembros de nuestro plan).....	21
SECCIÓN 2. Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	24
SECCIÓN 3. Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (ayuda sin costo, información y respuestas a las preguntas que tenga sobre Medicare).....	26
SECCIÓN 4. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (financiada por Medicare para evaluar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare).....	27
SECCIÓN 5. Seguro Social	28
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).....	29
SECCIÓN 7. Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos de venta con receta	30
SECCIÓN 8. Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios	33
SECCIÓN 9. ¿Tiene un “seguro de grupo” u otro seguro médico por parte de un empleador?	34

SECCIÓN 1. Contactos de Kaiser Permanente Senior Advantage
(cómo comunicarse con nosotros, lo cual incluye cómo comunicarse con Servicio a los Miembros de nuestro plan)

Cómo comunicarse con Servicio a los Miembros de nuestro 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. Nos dará mucho gusto poder ayudarle.

Método	Servicio a los Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-800-476-2167 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	303-214-6489
ESCRIBA A	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 para solicitar una decisión de cobertura o presentar 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
LLAME AL	1-800-476-2167 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	1-866-466-4042
ESCRIBA A	Kaiser Foundation Health Plan of Colorado Customer Experience 2500 South Havana Street Aurora, CO 80014-1622
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una <u>queja</u> sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o presentar una queja sobre sus medicamentos de venta con receta 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 de venta con receta 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 de venta con receta 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 de venta con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1- 800-476-2167 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 de venta con receta de la Parte D: información de contacto
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m.
FAX	1-866-455-1053
ESCRIBA A	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 <u>queja</u> sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos de venta con receta 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 de venta con receta 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 de venta con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	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

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

Método	Apelaciones sobre la atención médica o los medicamentos de venta con receta de la Parte D: información de contacto
ESCRIBA A	Appeals Program Kaiser Foundation Health Plan of Colorado P.O. Box 378066 Denver, CO 80237-8066

Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo por la atención médica o el medicamento que 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, “Cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos”.

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	1-800-476-2167 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
ESCRIBA A	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 de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con insuficiencia renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

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

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número no tienen costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla. Las llamadas a este número no tienen costo.
SITIO WEB	https://www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le ofrece información actualizada y noticias actuales sobre Medicare. También contiene datos sobre hospitales, 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. 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: • 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 de venta con receta disponibles de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas le ofrecen un cálculo aproximado de cuáles podrían ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre nuestro plan: • Hágale saber a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Método	Medicare: información de contacto
	Medicare se toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, puede 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).

SECCIÓN 3. Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (ayuda sin costo, información y respuestas a las preguntas que tenga sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en cada estado. 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 le pueden ayudar con cualquier pregunta o problema que tenga con respecto a Medicare. Por ejemplo, pueden proporcionarle información sobre sus derechos como beneficiario de Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre el tratamiento o la atención médica que recibe y ayudarle a solucionar cualquier problema con las facturas de Medicare. Los consejeros de Colorado SHIP también pueden explicarle en qué consisten las diferentes opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

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

SECCIÓN 4. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (financiada 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 para prestar servicios a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Colorado, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO.

KEPRO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que trabajan para el gobierno federal. Medicare le paga 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 y 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
LLAME AL	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 y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.
ESCRIBA A	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 insuficiencia renal terminal y que además cumplan ciertas condiciones, reúnen los requisitos para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, su inscripción en Medicare es automática. De lo contrario, tiene que inscribirse en Medicare. 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 hacérselos saber.

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

Además, existen programas que se ofrecen por medio de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como sus primas, por ejemplo. Estos “Programas de Ahorro 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 (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 Cualificadas (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas Discapacitadas que Trabajan y Reúnen los Requisitos (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

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

Método	Health First Colorado (programa Medicaid de Colorado): información de contacto
LLAME AL	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
ESCRIBA A	Department of Health Care Policy and Financing 1570 Grant Street Denver, CO 80203
SITIO WEB	https://www.healthfirstcolorado.com

SECCIÓN 7. Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos de venta con receta

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare.

Medicare ofrece “Ayuda Adicional” para pagar los medicamentos de venta con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen ahorros e inversiones en acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si usted califica, recibirá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos por medicamentos de venta con receta de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta “Ayuda Adicional” también cuenta para el cálculo de los gastos de 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 participar en el programa “Ayuda Adicional”.

Es posible que pueda obtener “Ayuda Adicional” para pagar los costos y las primas de sus medicamentos de venta con receta. Para saber si reúne los requisitos para obtener “Ayuda Adicional”, comuníquese con:

- **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;
- A 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
- La oficina estatal de Medicaid (solicitudes) (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si considera que reúne los requisitos para participar en el programa “Ayuda Adicional” y cree que está pagando un monto incorrecto de costo compartido cuando recibe sus medicamentos recetados en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago correcto, o bien, si usted ya tiene evidencia, para enviárnosla.

Si no está seguro sobre qué evidencia proporcionarnos, 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 surta recetas cubiertas de la Parte D, de tal forma que podamos cobrarle el monto adecuado del costo compartido hasta que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (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 están impresos en la contraportada de este folleto).

Programa de Descuento del Periodo de Intervalo en la Cobertura de Medicare

El Programa de Descuento del Periodo de Intervalo en la Cobertura de Medicare proporciona descuentos de la compañía farmacéutica en los medicamentos de marca para los miembros de la Parte D que alcanzan el periodo de intervalo en la cobertura y no reciben “Ayuda Adicional”. En los medicamentos de marca, el descuento del 70 % ofrecido por las compañías farmacéuticas excluye cualquier tarifa por entrega de los costos durante el intervalo. Los miembros pagan el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa por entrega de los medicamentos de marca.

Si llega al periodo de intervalo en la cobertura, aplicaremos el descuento automáticamente cuando su farmacia le cobre el medicamento de venta con receta; todos los descuentos aplicados se indicarán en la **Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)**. Tanto el monto que paga como el monto descontado por el fabricante se toman en cuenta en el cálculo de los gastos de bolsillo como si los hubiera pagado y lo hacen avanzar en el periodo de intervalo en la cobertura. El monto pagado por el plan (5 %) no se toma en cuenta para sus gastos de bolsillo.

También recibe algo de cobertura para los medicamentos genéricos. Si alcanza el periodo de intervalo en la cobertura, nosotros pagamos el 63 % del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 37 % restante del precio. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (63 %) no se toma en 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. La tarifa por entrega también está incluida como parte del costo del medicamento.

El Programa de Descuento del Periodo de Intervalo en la Cobertura de Medicare está disponible en todo el país. Debido a que nuestro plan ofrece cobertura adicional durante la Etapa del Intervalo en la Cobertura, los gastos de bolsillo, en ocasiones, pueden ser menores que los costos que se describen aquí. Consulte la Sección 6 del Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa de Intervalo en la Cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de los descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de Descuento del Periodo de Intervalo en la Cobertura de Medicare en general, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos 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 del SPAP o de 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 que tengan acceso a medicamentos que salvan vidas contra el VIH. Los medicamentos de venta con receta de Medicare Parte D que también cubre el ADAP califican para la ayuda con el costo compartido de las recetas médicas por medio de **Bridging the Gap Colorado**. Nota: Para reunir los requisitos para el ADAP que funciona en su estado, los individuos deben cumplir 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 de venta con receta de Medicare Parte D para los medicamentos que se encuentran en el formulario del ADAP. Para estar seguro sobre si continuará 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 de venta con receta? ¿Puede obtener los descuentos?

No. Si participa en el programa “Ayuda Adicional”, ya recibe cobertura para los costos de los medicamentos de venta con receta 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 sus medicamentos de marca, debe revisar su siguiente notificación de la **Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)**. Si el descuento no aparece en su **Explicación de Beneficios de la Parte D**, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que los registros de recetas médicas 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 sobre Seguro Médico (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 (SPAP) que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos de venta con receta según su necesidad financiera, edad, condición médica o discapacidades. Cada estado tiene reglas diferentes para brindar cobertura de medicamentos para sus miembros.

En Colorado, el nombre del Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica es “Bridging the Gap Colorado”.

Método	Bridging the Gap Colorado: información de contacto
LLAME AL	303-692-2716 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
ESCRIBA A	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
LLAME AL	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/

SECCIÓN 9. ¿Tiene un “seguro de grupo” u otro seguro médico por parte de un empleador?

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

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

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.....	37
Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?	37
Sección 1.2 Reglas básicas para que el plan cubra la atención médica.....	37
SECCIÓN 2. Use los proveedores de nuestra red para obtener su atención médica.....	38
Sección 2.1 Usted debe escoger un médico de cabecera (PCP) que le brinde atención médica y la supervise	38
Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin necesidad de obtener una aprobación previa del PCP?	39
Sección 2.3 Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red	40
Sección 2.4 Cómo obtener atención médica de proveedores que no pertenecen a la red	42
SECCIÓN 3. Cómo recibir servicios cubiertos si tiene una emergencia, necesita atención de urgencia o durante un desastre	43
Sección 3.1 Cómo recibir atención médica si tiene una emergencia médica.....	43
Sección 3.2 Cómo recibir atención médica cuando tiene una necesidad urgente de servicios	44
Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre	45
SECCIÓN 4. ¿Qué pasa si a usted se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos?	45
Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos la parte del costo que nos corresponde de los servicios cubiertos.....	45
Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por el plan, usted deberá pagar el costo total.....	46
SECCIÓN 5. ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica”?	46
Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	46
Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?	47

SECCIÓN 6. Reglas para obtener la atención cubierta en una “institución religiosa no médica de cuidado de la salud”	48
Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica de cuidado de la salud?	48
Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud cubre nuestro plan?	49
SECCIÓN 7. Reglas para adquirir la titularidad del equipo médico duradero	49
Sección 7.1 ¿Usted será el dueño del equipo médico duradero después de que realice un determinado número de pagos según nuestro plan?	49

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 ofrecen definiciones de algunos términos y se explican las reglas que debe seguir para acceder a tratamientos, servicios médicos y a otros tipos de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

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

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

Las siguientes son algunas definiciones que pueden ayudarle 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.
- **“Servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención para la salud, los suministros y el equipo que están cubiertos por nuestro plan. La lista de los servicios cubiertos de atención médica se encuentra en la tabla de beneficios del 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 y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

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

- **La atención que reciba se encuentre incluida en la Tabla de Beneficios Médicos de nuestro plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que reciba se considere 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 condición médica y cumplen 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 de urgencia que recibe de un proveedor que no pertenece a la red. Para obtener más información al respecto y para averiguar a qué nos referimos con servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - ♦ Si necesita atención médica que Medicare requiere que cubra nuestro plan, pero que los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar, puede recibir esta atención de un proveedor que no pertenece a la red si autorizamos los servicios antes de que reciba la atención. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si hubiera recibido la atención 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 que recibe en los centros de diálisis certificados por Medicare mientras se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio.

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

Sección 2.1 Usted debe escoger 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 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 le 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. La “coordinación” de sus servicios incluye consultar a otros proveedores de la red sobre su atención y su progreso.

Hay algunos tipos de servicios cubiertos que puede obtener por su cuenta sin consultar primero a su PCP (consulte la Sección 2.2 de este capítulo).

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 le 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 los 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 estén disponibles o no se pueda 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 ayudarle con los arreglos para que reciba diálisis de mantenimiento mientras está fuera). Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.
- Las 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.
- Servicios de atención de salud mental y abuso de sustancias, siempre y cuando los 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 los 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 de atención médica de rutina. Hay solo unos pocos tipos de servicios cubiertos que puede obtener por su cuenta, sin la aprobación previa de su PCP, los cuales se describen en la Sección 2.2 de este capítulo.

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 remisión cubra más consultas a dicho especialista. Si no es así, comuníquese con el PCP. Debe contar con una remisión 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**, este 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 a dicho especialista. Si no es así, comuníquese con el 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** (en caso de que exista) la junta o el comité asesor regional de trasplantes de Medical Group 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, Medical Group 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 de Medical Group.

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

Podemos realizar cambios en cuanto a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte del plan durante el año. Hay múltiples razones por las que un proveedor puede abandonar el plan, pero si su médico o especialista lo abandona, usted tiene los 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.
- Le 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 garantizar que así sea.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor previo o que su atención no se ha administrado apropiadamente, tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista va a dejar 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 nuevo proveedor 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 reciba de un proveedor que no pertenece a la red. Para obtener más información al respecto y averiguar a qué nos referimos con 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 prudente y no profesional con un conocimiento promedio en salud y medicina, crea 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, lesión, dolor intenso o una condición 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 puede 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 Médicos 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 su 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 quienes le brindan la atención de emergencia son proveedores que 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:

- Acude con un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- O la atención adicional que recibe se considera como “servicios de urgencia” y usted sigue las reglas para obtenerlos (para obtener más información, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo recibir atención médica 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 de la red o por proveedores que no pertenecen a la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos temporalmente. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, una recaída inesperada de alguna condición conocida que usted tenga.

¿Qué pasa si usted está dentro de nuestra área de servicio cuando tenga 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 puede acceder a ellos temporalmente, y no resulta razonable esperar para obtener la atención de su proveedor de la red cuando la red esté

disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor de que no pertenece a 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 ayudarle. 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. Con frecuencia, estos enfermeros pueden responder preguntas sobre problemas menores, indicarle qué hacer si un centro de la red está cerrado o aconsejarle qué hacer a continuación, incluido hacer citas de atención de urgencia para el mismo día, si es aconsejable desde el punto de vista médico. Para hablar con un enfermero de consulta las 24 horas del día, los siete días de la semana, llame al **1-800-218-1059** (TTY 711).

¿Qué ocurre si tiene una necesidad urgente de atención mientras está fuera de nuestra área de servicio?

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, también tiene 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 de venta con receta 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 en caso de que haya pagado más de lo que le corresponde por los servicios cubiertos o de que haya recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7, “Cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos”.

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

Cubrimos todos los servicios médicos que sean necesarios desde el punto de vista médico que se mencionan en la Tabla de Beneficios Médicos (dicha tabla está 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 están impresos 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 se tomará en cuenta para su gasto máximo de bolsillo. Para saber cuánto ha usado del límite de un beneficio, puede llamar a Servicio a los Miembros.

SECCIÓN 5. ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica”?**Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?**

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es 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 nuestra autorización para participar en un estudio de investigación clínica, sí debe informarnos al respecto antes de empezar.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos 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 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 usted participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán lo siguiente:**

- En general, Medicare no pagará por el artículo o servicio nuevo que se investiga en el estudio, a menos que este artículo o servicio tuviese cobertura de Medicare incluso si usted no participara en un estudio.
- Los artículos 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 pagaría tomografías computarizadas (TC) mensuales que formen parte del estudio si el tratamiento de su condición médica normalmente requeriría solo una TC.

¿Desea obtener más información?

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

SECCIÓN 6. Reglas para obtener 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 que proporciona atención para una condición que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializado. Si obtener atención en un hospital o centro de enfermería especializado va en contra de las creencias religiosas de un miembro, proporcionaremos en cambio cobertura para recibir cuidados 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 establece que está en contra de manera consciente de recibir tratamiento médico que sea “no exceptuado”.

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

Para 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.
- La cobertura de nuestro plan de los servicios que reciba se limita a aspectos no religiosos de la atención.
- Si usted recibe servicios de este tipo de instituciones en un centro de atención, aplican las siguientes condiciones:
 - ♦ Debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención para pacientes hospitalizados o de atención en un centro de enfermería especializada, y
 - ♦ debe obtener una aprobación previa del plan antes de ser admitido al centro de atención; de lo contrario, la estadía no estará cubierta.

Nota: Los servicios cubiertos están sujetos a los mismos límites y costos compartidos requeridos para los servicios que proporcionan los proveedores de la red, según se especifica en 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 como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital pedidos por un proveedor para uso en el hogar. Determinados artículos, como las prótesis, son siempre propiedad del miembro. En esta sección, analizamos otros tipos de equipo médico duradero 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 de DME mientras pertenecía a nuestro plan, tendrá que hacer 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiarse a Original Medicare para ser dueño del artículo. Los pagos que haya hecho mientras pertenecía a nuestro plan no se toman en cuenta para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME cuando pertenecía a Original Medicare antes de unirse a nuestro plan, estos pagos previos tampoco se toman en cuenta 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 Médicos (lo que está cubierto
y lo que usted paga)**

SECCIÓN 1. Explicación de los gastos de bolsillo de los servicios cubiertos.....	52
Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que es posible que pague por los servicios cubiertos	52
Sección 1.2 ¿Cuánto es el monto máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B?.....	52
Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen los saldos”	53
SECCIÓN 2. Use esta Tabla de Beneficios Médicos para determinar qué servicios están cubiertos para usted y lo que deberá pagar por ellos	54
Sección 2.1 Beneficios médicos y costos como miembro de nuestro plan	54
Sección 2.2 Beneficios “suplementarios opcionales” que puede comprar.....	93
SECCIÓN 3. ¿Cuáles son los servicios que no cubre nuestro plan?	101
Sección 3.1 Servicios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones)	101

SECCIÓN 1. Explicación de los gastos de bolsillo de los servicios cubiertos

En este capítulo, se explican los servicios cubiertos y lo que usted paga por sus beneficios médicos. Aquí se incluye una Tabla de Beneficios Médicos que incluye los servicios cubiertos y los montos que debe pagar por cada uno de ellos como miembro de nuestro plan. Más adelante en este capítulo, podrá encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos y los límites que se aplican a ciertos servicios. Además, puede consultar los Capítulos 3, 11 y 12 para obtener información adicional relacionada con la cobertura, incluidas las limitaciones (por ejemplo, la coordinación de beneficios, el equipo médico duradero, la atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada y la responsabilidad civil de terceros). La Sección 2.2 de este capítulo describe nuestros beneficios suplementarios opcionales, llamados Advantage Plus.

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

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

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

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrar a su proveedor una prueba de su elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde. Si cree que le están pidiendo que pague inapropiadamente, comuníquese con Servicio a los Miembros.

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

Como usted está inscrito en un Plan de Medicare Advantage, existe un límite en el monto de los gastos de bolsillo que debe pagar cada año por los servicios médicos de la red que están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B (consulte la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2 que se encuentra más adelante). Este límite se llama monto máximo de gastos de bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de nuestro plan, el monto máximo de gastos de bolsillo que deberá pagar por los servicios de la red del plan con cobertura de la Parte A y Parte B en 2019 es de **\$3,400** para los miembros del **plan Gold**; **\$5,200** para los miembros del plan **Silver**, y **\$5,900** para los miembros del plan **Core**. Los montos que paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos de la red se toman en cuenta para este monto máximo de gastos de bolsillo. Los montos que paga por las primas del plan y por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D no se toman en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo. Además, lo que paga por algunos servicios no se toma en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo. Estos servicios están señalados con un asterisco (*) en la Tabla de Beneficios Médicos. Si alcanza el monto máximo de gastos de bolsillo de **\$3,400** para los miembros del **plan Gold**, **\$5,200** para los miembros del **plan Silver** y **\$5,900** para los miembros del **plan Core**, no tendrá que pagar ningún otro gasto de bolsillo por el resto del año por los servicios de la red del plan con cobertura de la Parte A y Parte B. Sin embargo, deberá seguir pagando la prima del plan y la prima de Medicare Parte B (salvo que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero por usted).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen 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) 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 que no pertenece a la red, pero que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde, cubrimos servicios de proveedores 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 a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2. Use esta Tabla de Beneficios Médicos para determinar qué servicios están cubiertos para usted y lo que deberá pagar por ellos

Sección 2.1 Beneficios médicos y costos como miembro de nuestro plan

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

- Los servicios cubiertos por Medicare deben prestarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- 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, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe la atención de un proveedor 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 proporciona más información sobre cómo obtener una referencia y sobre cuáles son las situaciones en las que no necesita una referencia.
- Algunos de los servicios que se incluyen en la Tabla de Beneficios Médicos tienen cobertura solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación (a veces llamada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en la Tabla de Beneficios Médicos con una nota al pie de página (†). Además, puede consultar la Sección 2.2 de este capítulo y la Sección 2.3 del Capítulo 3 para obtener más información sobre las autorizaciones previas, incluidos los servicios que requieren autorización previa y que no se incluyen en la Tabla de Beneficios Médicos.

Otros datos importantes de nuestra cobertura que debe conocer:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, paga más en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, paga menos. (Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual **Medicare y Usted** 2019. También puede consultarlo en línea en <https://www.medicare.gov> o pedir una copia por teléfono al **1-800-MEDICARE** [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**).
- Todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare también están cubiertos por nosotros sin costo para usted. Sin embargo, si usted también recibe tratamiento o supervisión para una condición médica existente durante la consulta en 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.

 Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios Médicos.

Nota: La Tabla de Beneficios Médicos que aparece a continuación describe los beneficios médicos de los siguientes planes de Kaiser Permanente Senior Advantage:

- **Plan Gold**
- **Plan Silver**
- **Plan Core**

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

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal 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.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Servicios de ambulancia - Los servicios cubiertos de ambulancia incluyen los servicios de ambulancia de ala fija, de ala rotativa y terrestres hacia el centro de atención correspondiente más cercano que pueda brindar atención si estos servicios son proporcionados a un miembro cuya condición médica es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o en caso de que hayan sido 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.	Usted paga lo siguiente por cada viaje sencillo , según el plan en el que esté inscrito: \$240 para los miembros del plan Core. \$230 para los miembros del plan Silver. \$205 para los miembros del plan Gold.
 Exámenes físicos de rutina anuales Los exámenes físicos de rutina están cubiertos si el examen es de atención preventiva apropiada desde el punto de vista médico de acuerdo con las normas de atención profesional generalmente aceptadas. Este examen se cubre una vez cada 12 meses.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por esta atención preventiva.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
 Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, usted tiene derecho a una consulta de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses. Nota: No puede solicitar su primera consulta anual de bienestar durante los siguientes 12 meses posteriores a su consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber tenido una consulta de “Bienvenido a Medicare” para estar cubierto para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la consulta de bienestar anual.
 Medición de la masa ósea Para las personas que reúnen los requisitos (por lo general, esto incluye a personas con riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con más frecuencia si fuera necesario desde el punto de vista médico: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación médica de los resultados.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de seno (mamografía) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía de referencia para las mujeres de entre 35 y 39 años. • Una mamografía cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Exámenes físicos del seno una vez cada 24 meses.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen determinadas condiciones y cuentan con la orden de un médico.	Consultas grupales Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • \$10 para los miembros del plan Core.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que habitualmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	• \$5 para los miembros del plan Silver o Gold. Consultas individuales Usted paga lo siguiente, según el plan en el que esté inscrito y el tipo de consulta: • \$25 por consulta de atención primaria o \$50 por consulta de atención especializada para los miembros del plan Core. • \$20 por consulta de atención primaria o \$45 por consulta de atención especializada para los miembros del plan Silver. • \$10 por consulta de atención primaria o \$40 por consulta de atención especializada para los miembros del plan Gold.
 Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares): 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.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para las enfermedades cardiovasculares.
 Pruebas de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías relacionadas con un riesgo elevado de padecer enfermedades cardiovasculares) una vez cada cinco años (60 meses).	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible alguno por las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren cada cinco años.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
 Pruebas de detección de cáncer cervicouterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene un alto riesgo de cáncer 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.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los exámenes pélvicos y las pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos solamente la manipulación de la columna vertebral para corregir la subluxación. Estos servicios cubiertos por Medicare son proporcionados por un quiropráctico participante. Consulte nuestro Directorio de Proveedores para encontrar quiroprácticos participantes que proporcionen servicios cubiertos por Medicare.	Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • \$20 para los miembros del plan Core o Silver. • \$15 para los miembros del plan Gold.
 Prueba de detección de cáncer colorrectal • Para personas de 50 años o más, se cubrirá lo siguiente: ♦ Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario como alternativa) cada 48 meses. • Una de las siguientes opciones cada 12 meses: ♦ 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.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
Servicios dentales exclusivos para los miembros del plan Silver o Gold* En general, los servicios de profilaxis dental (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y rayos X dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Para los miembros del plan Silver o Gold, cubrimos los siguientes servicios dentales preventivos cuando los brinda Delta Dental Premier o Delta Dental PPO (la información de contacto de Delta Dental of Colorado se incluye en el Directorio de Proveedores): • Examen bucal (limitado a un examen bucal al año). • Profilaxis (limitado a una limpieza al año). Estos servicios no están cubiertos para los miembros del plan Core. Nota: Tiene cobertura dental adicional si está inscrito en la Opción 1 de Advantage Plus (nuestro paquete de beneficios opcional suplementario). Consulte la Sección 2.2 de este capítulo para obtener los detalles.	\$15 por servicio para los miembros del plan Silver o Gold.
 Pruebas de detección de la depresión Cubrimos una prueba de detección de la depresión al año. La prueba de detección debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referencias.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la consulta anual de detección de la depresión.
 Pruebas de detección de diabetes Cubrimos este servicio (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial 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.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
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.	
Capacitación para el autocontrol de la diabetes y servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios de insulina o no), los servicios cubiertos incluyen: • 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.	Sin cargo
• Para las personas con diabetes que padecen enfermedad grave del pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida (incluidas las plantillas que vienen con estos) cada año calendario y dos pares de plantillas adicionales o un par de zapatos con profundidad y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas extraíbles no hechas a la medida que vienen con los zapatos). La cobertura incluye el ajuste.	Coseguro del 20 %
• 🍏 La capacitación para el autocontrol de la diabetes tiene cobertura solo si cumple ciertas condiciones. Nota: Puede elegir recibir capacitación sobre cómo autocontrolar su diabetes por medio de un programa que no pertenezca a nuestro plan y que esté reconocido por la Asociación Americana de la Diabetes y aprobado por Medicare.†	Usted paga lo siguiente, según el plan en el que esté inscrito y el tipo de consulta: • \$25 por consulta de atención primaria o \$50 por consulta de atención especializada para los miembros del plan Core. • \$20 por consulta de atención primaria o \$45 por consulta de atención especializada para los miembros del plan Silver. • \$10 por consulta de atención primaria o \$40 por consulta de atención especializada para los miembros del plan Gold.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados† (Para conocer la definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este folleto). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME que sea necesario desde el punto de vista médico cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor que está ubicado en su área no tiene productos de una marca o de un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en kp.org/directory.	Coseguro del 20 %
Atención de emergencia La atención de emergencia corresponde a los servicios que: • Proporciona un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente y no profesional con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente. 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.	Debe pagar lo siguiente por consulta en el Departamento de Emergencias, según el plan en el que esté inscrito: • \$90 para los miembros del plan Core o Silver. • \$80 para los miembros del plan Gold. 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). †Si recibe atención de emergencia en un hospital que no pertenece a la red y necesita atención para pacientes

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
Tiene cobertura para atención de emergencia en todo el mundo.	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.
Beneficio de acondicionamiento físico* Se ofrece un beneficio de salud y acondicionamiento físico por medio del programa de acondicionamiento físico SilverSneakers® que incluye lo siguiente: • 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. • 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 ayudarle a ponerse en forma dentro o fuera de casa. No se ofrece cobertura para lo siguiente: programas, servicios y centros que aplican cargos adicionales para actividades como raquetbol, 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.	Sin cargo

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
Para obtener más información sobre SilverSneakers® y la lista de centros de acondicionamiento físico participantes en 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. 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.	
 Programas de educación de salud y el bienestar Los programas de salud y bienestar incluyen control de peso, dejar de fumar, control de la diabetes, planificación para el cuidado de la vida, prediabetes y más. Nuestras clases las imparten nutriólogos titulados, asesores de salud, educadores certificados sobre la diabetes y otros profesionales de la salud. Ofrecemos opciones en persona, en línea o vía telefónica para ajustarse a su estilo de aprendizaje. Comuníquese con Servicio a los Miembros para obtener más detalles. También puede consultar la información en línea en kp.org/espanol.	Sin cargo
Servicios para la audición - Las evaluaciones diagnósticas de la audición y del equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención a pacientes ambulatorios cuando las suministra un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. - Pruebas de audición de rutina - Evaluación y ajuste para audífonos. (Nota: Los audífonos no están cubiertos, a menos que esté inscrito en Advantage Plus, de acuerdo con lo establecido en la Sección 2.2 de este capítulo).	Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: \$20 para los miembros del plan Core o Silver. \$15 para los miembros del plan Gold. \$15 para los miembros del plan Core o Silver. \$10 para los miembros del plan Gold.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
 Detección del VIH - 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 se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por la detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.
Cuidados de una agencia de atención médica a domicilio† 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. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: - 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, terapia ocupacional y del habla. - Servicios medicosociales. - Suministros y equipo médico.	Sin cargo Nota: No se aplica ningún costo compartido para los servicios de atención médica a domicilio y los artículos provistos conforme a las pautas de Medicare. Sin embargo, se aplicará el costo compartido aplicable que se indique en cualquier otra parte de esta Tabla de Beneficios Médicos si el artículo está cubierto por un beneficio diferente; por ejemplo, el equipo médico duradero no provisto por una agencia de atención médica a domicilio.
Terapia de infusiones en el hogar† Cubrimos los suministros y los medicamentos para las infusiones en el hogar siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones: - 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.	Sin cargo

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
Cuidados paliativos 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 que certifica que tiene una enfermedad terminal y le quedan seis meses o menos de vida si la enfermedad 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. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención a domicilio. *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. Para los servicios que están cubiertos por la 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: • 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).	Quando 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 enfermedad terminal los paga Original Medicare y no nuestro plan.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
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. 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”. 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.	
 Vacunas Los servicios cubiertos por Medicare Parte B incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son necesarias desde el punto de vista médico. • Vacuna contra la hepatitis B, si tiene un riesgo de intermedio a alto de contraer esta enfermedad. • Otras vacunas si está en situación de riesgo y cumplen las reglas de cobertura de Medicare Parte B. También cubrimos algunas vacunas de acuerdo con nuestro beneficio de medicamentos de venta con receta de la Parte D.	

No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, la influenza y la hepatitis B.

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

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

Atención para pacientes hospitalizados†

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

No hay un límite en la cantidad de días o servicios hospitalarios necesarios desde el punto de vista médico que los hospitales generales de cuidados agudos proporcionan de manera general y habitual.

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:

- 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.
- Rayos X y otros servicios de radiología.
- Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.
- Uso de aparatos, como una silla de ruedas.
- Los costos por uso del quirófano y 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 determinadas circunstancias, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, renopancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón o pulmón, médula ósea, células madre e intestinal o multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los trámites para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare evalúe su caso y decida si es un candidato adecuado. Los proveedores del trasplante pueden ser locales o de fuera del área de servicio. Si los servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir acudir a un centro

El costo compartido se cobra por cada estadía como paciente hospitalizado. Usted paga lo siguiente, según el plan en el que esté inscrito:

- **\$285** por día para los primeros 6 días de hospitalización para los miembros del plan **Core**.
- **\$290** por día para los primeros 5 días de hospitalización para los miembros del plan **Silver**.
- **\$170** por día para los primeros 5 días de hospitalización para los miembros del plan **Gold**.

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 menos que sea admitido y dado de alta el mismo día.

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.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
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 trasplante en el centro distante, haremos los arreglos necesarios para pagar los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Nota: Los gastos de viaje y alojamiento deben estar autorizados por Medical Group 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). • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Servicios de un médico.	
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 titulada “¿Es Usted un Paciente Hospitalizado o Ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Puede obtener esta hoja informativa en internet 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.	
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados† Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieran hospitalización. • 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	El costo compartido se cobra por cada estadía como paciente hospitalizado. Usted paga lo siguiente, según el plan en el que esté inscrito: • \$245 por día para los primeros 6 días de hospitalización para los miembros del plan Core.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
tratamiento de salud mental previamente cubierto por Medicare en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a las hospitalizaciones por salud mental en la unidad de psiquiatría de un hospital general.	\$290 por día para los primeros 5 días de hospitalización para los miembros del plan Silver. \$170 por día para los primeros 5 días de hospitalización para los miembros del plan Gold. 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 menos que sea admitido y dado de alta el mismo día.
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 centro de enfermería especializada. Sin embargo, en algunos casos cubriremos ciertos servicios que usted reciba mientras esté en un hospital o SNF. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: Servicios de un médico.	Según el plan en el que se haya inscrito, deberá pagar lo siguiente por los servicios cubiertos para pacientes ambulatorios y otros productos que cubre Medicare Parte B cuando los proporcionan los proveedores de la red: \$25 por consulta de atención primaria o \$50 por consulta de atención especializada para los miembros del plan Core. \$20 por consulta de atención primaria o \$45 por consulta de atención especializada para los miembros del plan Silver. \$10 por consulta de atención primaria o \$40 por consulta de

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
	atención especializada para los miembros del plan Gold .
• Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio).	• Sin cargo
• Rayos X.	• \$30 por rayos X para los miembros del plan Core. • \$25 por rayos X para los miembros del plan Silver. • \$10 por rayos X para los miembros del plan Gold.
• Radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico.	• \$50 por radiografía terapéutica para los miembros del plan Core. • \$40 por radiografía terapéutica para los miembros del plan Silver. • \$30 por radiografía terapéutica para los miembros del plan Gold.
• Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros aparatos usados para curar fracturas y luxaciones. • Aparatos prostéticos 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 para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello; arneses; piernas y brazos ortopédicos y prótesis oculares (incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos debido a rotura, desgaste, extravío o cambio del estado físico del paciente).	• Coseguro del 20 %
• Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.	• \$40 para los miembros del plan Core.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
	• \$35 para los miembros del plan Silver. • \$25 para los miembros del plan Gold.
 Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (de los riñones) (pero que no reciban diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando lo ordene el médico. 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.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP tendrán cobertura para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare. 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.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.
Medicamentos de venta con receta de Medicare Parte B† Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros del plan reciben cobertura para estos medicamentos por medio de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:	Coseguro del 20 % para los medicamentos de Medicare Parte B cuando se requiere la administración u observación por parte del personal médico y

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
• Los medicamentos que, en general, no se autoadministra el paciente y que se inyectan o administran mediante infusión cuando recibe servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro de cirugía ambulatoria. • Los medicamentos que tome mientras usa el equipo médico duradero (como nebulizadores) que hayan sido autorizados por nuestro plan. • Factores de coagulación que se administre usted mismo por medio de inyección, si padece hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A al 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). • Inmunoglobulina Intravenosa para el tratamiento en casa de las principales enfermedades de deficiencia inmunitaria. Nota: El Capítulo 5 explica el beneficio de los medicamentos de venta con receta de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas. Lo que usted paga por los medicamentos de venta con receta de la Parte D por medio de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	cuando son administrados por un proveedor de la red. 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 y según el plan en el que se encuentre inscrito. Para los miembros del plan Core: • \$20 por medicamentos genéricos. • \$47 por medicamentos de marca. Para los miembros del plan Silver: • \$17 por medicamentos genéricos. • \$47 por medicamentos de marca. Para los miembros del plan Gold: • \$12 por medicamentos genéricos. • \$40 por medicamentos de marca.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
 Prueba de detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso constante Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, le ofrecemos cobertura para el asesoramiento intensivo con el fin de ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento tiene cobertura si lo recibe en un centro de atención primaria en el que pueda coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional médico para obtener más información.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección preventivas y el tratamiento de la obesidad.
Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Pruebas de laboratorio. • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración.	Sin cargo
• †Materiales quirúrgicos, como vendajes. • †Férulas, yesos y otros aparatos usados para curar fracturas y luxaciones.	Coseguro del 20 %
• Rayos X.	Usted paga lo siguiente por rayos X, según el plan en el que esté inscrito: • \$30 para los miembros del plan Core. • \$25 para los miembros del plan Silver. • \$10 para los miembros del plan Gold.
• Radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y suministros del técnico.	Usted paga lo siguiente por radiografía terapéutica, según el plan en el que esté inscrito: • \$50 para los miembros del plan Core. • \$40 para los miembros del plan Silver. • \$30 para los miembros del plan Gold.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
• Ecografías.	Dependiendo del plan en el que esté inscrito, usted debe pagar lo siguiente por ecografía: • \$155 para los miembros del plan Core. • \$85 para los miembros del plan Silver. • \$30 para los miembros del plan Gold.
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios: ♦ Imágenes por resonancia magnética (IRM), tomografías computarizadas (TC) y tomografías por emisión de positrones (TEP).	Usted paga lo siguiente por procedimiento, por parte del cuerpo estudiada, según el plan en el que esté inscrito: • \$340 para los miembros del plan Core. • \$300 para los miembros del plan Silver. • \$140 para los miembros del plan Gold.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Ofrecemos cobertura para los servicios necesarios desde el punto de vista médico que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o una lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Los servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria.	Departamento de Emergencias Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • \$90 para los miembros del plan Core o Silver. • \$80 para los miembros del plan Gold. Clínica para pacientes ambulatorios† Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • \$25 por consulta de atención primaria o \$50 por consulta de atención especializada para los miembros del plan Core.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
	• \$20 por consulta de atención primaria o \$45 por consulta de atención especializada para los miembros del plan Silver. • \$10 por consulta de atención primaria o \$40 por consulta de atención especializada para los miembros del plan Gold. Cirugía para pacientes ambulatorios† Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito y el servicio que reciba: • \$200 para los miembros del plan Core. • \$150 para los miembros del plan Silver. • \$100 para los miembros del plan Gold. Hospitalizaciones para observación (como paciente ambulatorio) No se aplica ningún cargo cuando lo admiten en el hospital como paciente ambulatorio para observación.
• †Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.	Sin cargo
• †Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin dicha atención sería necesario un tratamiento como paciente hospitalizado.	\$45 por día.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
†Rayos X.	Usted paga lo siguiente por rayos X, según el plan en el que esté inscrito: • \$30 para los miembros del plan Core. • \$25 para los miembros del plan Silver. • \$10 para los miembros del plan Gold.
†Otros servicios de radiología facturados por el hospital.	Dependiendo del plan en el que esté inscrito, usted debe pagar lo siguiente por ecografía: • \$155 para los miembros del plan Core. • \$85 para los miembros del plan Silver. • \$30 para los miembros del plan Gold. Usted paga lo siguiente por procedimiento de IRM, TC o TEP, por parte del cuerpo estudiada, según el plan en el que esté inscrito: • \$340 para los miembros del plan Core. • \$300 para los miembros del plan Silver. • \$140 para los miembros del plan Gold. En el caso de radioterapia, usted paga lo siguiente por radiografía terapéutica, según el plan en el que esté inscrito: • \$50 para los miembros del plan Core.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
†Suministros médicos, como férulas y yesos. †Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse.	• \$40 para los miembros del plan Silver. • \$30 para los miembros del plan Gold. Coseguro del 20 %
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 correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún pueda considerarse un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si lo consideran paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es Usted un Paciente Hospitalizado o Ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Puede obtener esta hoja informativa en internet 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.	
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: • Los servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con certificación estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermera especialista clínica, enfermero con práctica médica, asistente médico u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo estipulado por las leyes estatales correspondientes.	Consultas individuales Usted paga lo siguiente por consulta de terapia individual o por la supervisión del tratamiento farmacológico para pacientes ambulatorios, según el plan en el que esté inscrito: • \$25 para los miembros del plan Core. • \$20 para los miembros del plan Silver. • \$10 para los miembros del plan Gold. Consultas de terapia grupal Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito:

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
	• \$10 para los miembros del plan Core. • \$5 para los miembros del plan Silver o Gold.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios • Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en diversos centros de atención para pacientes ambulatorios, como los departamentos de pacientes ambulatorios de los hospitales, los consultorios de terapeutas independientes y los Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).	Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • \$40 para los miembros del plan Core. • \$35 para los miembros del plan Silver. • \$25 para los miembros del plan Gold.
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).	Consultas de terapia individual Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • \$25 para los miembros del plan Core. • \$20 para los miembros del plan Silver. • \$10 para los miembros del plan Gold. Consultas de terapia grupal Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • \$10 para los miembros del plan Core. • \$5 para los miembros del plan Silver o Gold.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios ambulatorios† y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: Si le van a practicar alguna cirugía en un centro hospitalario, le sugerimos verificar con el proveedor si lo considerarán un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor haya 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.	Usted paga lo siguiente por cirugía ambulatoria efectuada en cualquier centro de atención ambulatoria, incluso un consultorio médico, según el plan en el que esté inscrito: • \$200 para los miembros del plan Core. • \$150 para los miembros del plan Silver. • \$100 para los miembros del plan Gold.
Servicios de hospitalización parcial† “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. Nota: Como no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.	\$45 por día.
Servicios de un médico o profesional médico, incluidas las visitas al consultorio del médico. Los servicios cubiertos incluyen: • 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 primaria Dependiendo del plan en el que esté inscrito, usted paga lo siguiente por consultar a un médico de cabecera (medicina familiar, medicina interna, consultas para inyecciones para las alergias o consultas a los farmacéuticos clínicos): • \$25 por consulta de atención primaria para los miembros del plan Core.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
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 proporcionara un médico).	\$20 por consulta de atención primaria para los miembros del plan Silver. \$10 por consulta de atención primaria para los miembros del plan Gold. Atención especializada Según el plan en el que esté inscrito, debe pagar lo siguiente por consulta a un ginecólogo o un especialista (cardiología, ortopedia, gastroenterología, neurología e inyecciones para controlar el dolor; por ejemplo, inyecciones epidurales de esteroides y pruebas y evaluaciones de alergias): \$50 para los miembros del plan Core. \$45 para los miembros del plan Silver. \$40 para los miembros del plan Gold. †Cirugía ambulatoria Según el plan en el que esté inscrito, usted paga lo siguiente por cirugía ambulatoria: \$200 para los miembros del plan Core. \$150 para los miembros del plan Silver. \$100 para los miembros del plan Gold.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
• 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.	Sin cargo
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón del talón).	Visitas al consultorio Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • \$50 por consulta de atención especializada para los miembros del plan Core. • \$45 por consulta de atención especializada para los miembros del plan Silver. • \$40 por consulta de atención especializada para los miembros del plan Gold. †Cirugía ambulatoria Usted paga lo siguiente por cirugía ambulatoria, según el plan en el que esté inscrito: • \$200 para los miembros del plan Core. • \$150 para los miembros del plan Silver. • \$100 para los miembros del plan Gold.
• Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan a las extremidades inferiores.	Visitas al consultorio Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • \$25 por consulta de atención primaria o \$50 por consulta de

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
	atención especializada para los miembros del plan Core. • \$20 por consulta de atención primaria o \$45 por consulta de atención especializada para los miembros del plan Silver. • \$10 por consulta de atención primaria o \$40 por consulta de atención especializada para los miembros del plan Gold.
• *Para los miembros del plan Silver o Gold, cubrimos la atención de rutina adicional para los pies que Medicare no cubre, lo que incluye cortar o extirpar callos o callosidades, cortar las uñas (incluidas las uñas micóticas) y otros cuidados preventivos y para mantener la higiene de los pies. Consulte su Directorio de Proveedores para encontrar un proveedor. Nota: Estos servicios no están cubiertos para los miembros del plan Core.	Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • Sin cargo para hasta 4 consultas por año calendario para los miembros del plan Silver. • Sin cargo para hasta 6 consultas por año calendario para los miembros del plan Gold.
 Exámenes de detección del cáncer de próstata Para los hombres de 50 años en adelante, los siguientes servicios están cubiertos cada 12 meses: • Prueba de tacto rectal. • Prueba del antígeno prostático específico (PSA).	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la prueba anual de tacto rectal o la prueba del PSA.
Aparatos protésicos y suministros relacionados† Aparatos (que no sean dentales) que reemplacen completa o parcialmente partes o funciones del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, 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	• Coseguro del 20 % por aparatos y suministros ortopédicos o protésicos, incluidos los suministros para la atención de las heridas. • Los aparatos protésicos internos implantados quirúrgicamente se ofrecen sin cargo.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
aparatos. También incluye cierta cobertura posterior a la extirpación o la cirugía de las cataratas (para obtener más información, consulte el apartado “Cuidado de la visión” más adelante en esta sección).	
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen la 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.	\$5 por consulta.
 Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso del consumo de alcohol Cubrimos una prueba de detección de uso indebido de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que hacen un uso indebido del alcohol, pero no tienen dependencia de este. Si la prueba de detección de uso indebido de alcohol le da un resultado positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento cara a cara al año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) a cargo de un médico de cabecera o profesional médico calificado en un centro de atención primaria.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección y asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol.
 Detección de cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) Para personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles 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 de cáncer de pulmón y toma compartida de decisiones que cumple los requisitos de Medicare para dichas consultas y que está a cargo de un médico o un profesional médico calificado que no es un médico.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a las sesiones de asesoramiento y las consultas para la toma compartida de decisiones cubiertas por Medicare ni a la LDCT.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
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 de cáncer de pulmón mediante LDCT, que puede realizar un médico o un profesional médico calificado que no es un médico durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o un profesional médico que no sea un médico calificado decide realizar una consulta de asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y toma compartida de decisiones para las siguientes pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir los requisitos de Medicare para dichas consultas.	
 Examen de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas 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. 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 primaria, como el consultorio de un médico.	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 prevenir las ETS:
Servicios para tratar las enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de educación sobre las enfermedades renales para que los miembros conozcan el tema y tomen decisiones informadas acerca de su atención.	Usted paga lo siguiente, según el plan en el que esté inscrito: \$25 por consulta de atención primaria o \$50 por consulta de atención especializada para los miembros del plan Core. \$20 por consulta de atención primaria o \$45 por consulta de

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
	atención especializada para los miembros del plan Silver. • \$10 por consulta de atención primaria o \$40 por consulta de atención especializada para los miembros del plan Gold.
• †Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se le admite como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especializada).	No se cobrarán cargos adicionales por los servicios recibidos durante las hospitalizaciones. Consulte la sección “Atención para pacientes hospitalizados” de esta Tabla de Beneficios Médicos para conocer los costos compartidos correspondientes a las hospitalizaciones.
• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluido el tratamiento 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 le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). • Equipo y suministros para diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, en caso de ser necesarias, las visitas de trabajadores capacitados en diálisis para revisar su diálisis en el hogar, ayudar en casos de emergencia y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos de venta con receta de Medicare Parte B”.	Coseguro del 20 %

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

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

Atención en centros 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”).

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:

- Habitación semiprivada (o privada, si es necesario desde el punto de vista médico).
- Comidas, incluidas dietas especiales.
- Servicios de enfermería especializada.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
- Los medicamentos que se le administran como parte del plan de atención (incluidas la sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación).
- Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración.
- Suministros médicos y quirúrgicos que generalmente proporciona un SNF.
- Pruebas de laboratorio que generalmente proporciona un SNF.
- Rayos X y otros servicios radiológicos que generalmente proporciona un SNF.
- El uso de aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente proporciona un SNF.
- Servicios de un médico o profesional médico.

En general, usted recibirá la atención en un SNF de la red. Sin embargo, si cumple las condiciones que se mencionan a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido correspondiente a un centro de atención de la red para usar un centro de atención que no pertenece a la red, siempre y cuando el centro de atención acepte los montos que paga nuestro plan.

- Un hogar para ancianos o una comunidad de retiro de atención continua en la que usted haya vivido hasta justo antes de que fuera al hospital (siempre y cuando esta proporcione atención de un centro de enfermería especializada).

Usted paga lo siguiente por periodo de beneficios, según el plan en el que esté inscrito:

- **\$0** por día los primeros 20 días, **\$167** por día del día 21 al 56 y **\$0** por día del día 57 al 100 para los miembros del plan **Core**.
- **\$0** por día los primeros 20 días, **\$167** por día del día 21 al 52 y **\$0** por día del día 53 al 100 para los miembros del plan **Silver**.
- **\$0** por día los primeros 10 días y **\$20** por día del día 11 al 100 para los miembros del plan **Gold**.

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 instalación de enfermería especializada.

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.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
• Un SNF en el que su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted deje el hospital.	
 Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) 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. 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.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para dejar de fumar y de consumir tabaco.
Terapia Supervisada de Ejercicio (SET) La SET está cubierta para los miembros que padecen la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y tienen una referencia por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones a lo largo de un periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • Consistir en sesiones que duren de 30 a 60 minutos, que incluyan un programa de ejercicio o entrenamiento terapéutico para la PAD dirigido a los pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico.	\$30 por consulta.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
• Ofrecerlo el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicio para la PAD. • Estar bajo supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. 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.	
Beneficio de transporte exclusivo para miembros del plan Gold* En el caso de los miembros del plan Gold, cubrimos hasta 30 viajes sencillos (limitado a viajes de 50 millas) para ir y regresar de la ubicación de un proveedor de la red. Este servicio debe ser proporcionado por nuestro proveedor de transporte designado. No cubierto para miembros del plan Core o Silver. No obstante, si está inscrito en la Opción 2 de Advantage Plus, cuenta con otra cobertura de transporte (consulte la Sección 2.2. de este capítulo para obtener más información).	Sin cargo solo para miembros del plan Gold Nota: Los miembros del plan Gold reciben un total de 50 viajes si están inscritos en la Opción 2 de Advantage Plus (consulte la Sección 2.2 de este capítulo para obtener más información).
Servicios de urgencia 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 o no se pueda acceder a ellos temporalmente. • Dentro del área de servicio: Usted debe recibir la atención de urgencia de los proveedores de la red, a menos que nuestra red de proveedores no se encuentre disponible o no se pueda acceder a ella temporalmente debido a una circunstancia inusual y extraordinaria (por ejemplo, una gran catástrofe).	Departamento de Emergencias Debe pagar lo siguiente por consulta en el Departamento de Emergencias, según el plan en el que esté inscrito: • \$90 para los miembros del plan Core o Silver. • \$80 para los miembros del plan Gold. Los servicios que se reciban en un departamento (o centro) de atención de urgencia de la red,

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
• 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. 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. Consulte la Sección 3 del Capítulo 3 para obtener más información.	en casa, y la atención cubierta fuera de la red. Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • \$55 para los miembros del plan Core. • \$50 para los miembros del plan Silver. • \$30 para los miembros del plan Gold.
Cuidado de la visión Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento por degeneración macular relacionada con la edad. • Para las personas con diabetes se cubre, una vez al año, una prueba de detección de retinopatía diabética.	Usted paga lo siguiente, según el plan en el que esté inscrito: • \$25 por consulta con el optometrista o \$50 por consulta con el oftalmólogo para los miembros del plan Core. • \$20 por consulta con el optometrista o \$45 por consulta con el oftalmólogo para los miembros del plan Silver. • \$10 por consulta con el optometrista o \$40 por consulta con el oftalmólogo para los miembros del plan Gold.
• Original Medicare no cubre los exámenes de los ojos de rutina (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto. Sin embargo, nuestro plan sí cubre los siguientes exámenes: ♦ Exámenes de los ojos de rutina (exámenes de refracciones oculares) para determinar si se tiene la necesidad de una corrección visual y para proporcionar recetas para anteojos.	Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • \$25 para los miembros del plan Core. • \$20 para los miembros del plan Silver.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
	• \$10 para los miembros del plan Gold.
•  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.	Sin cargo
• 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). • Lentes o armazones correctivos (y su reemplazo) necesarios después de una operación de cataratas sin implante de cristalino.	Sin cargo por artículos para la visión de conformidad con las pautas de Medicare. Nota: Si los artículos para la visión que compra cuestan más que el costo que Medicare cubre, usted deberá pagar la diferencia. No obstante, los miembros de los planes Silver y Gold pueden usar la asignación para artículos para la visión que se describe a continuación para pagar la diferencia si dicha asignación no se usó en los últimos 24 meses.
*Otros artículos para la visión para los miembros del plan Silver o Gold (no están cubiertos para los miembros del plan Core) • Dependiendo del plan en el que esté inscrito, proporcionamos la asignación que se especifica a la derecha. • La asignación se puede usar para pagar los siguientes artículos: ♦ Lentes para anteojos, si un proveedor de la red los coloca en un armazón. ♦ Armazones para anteojos con fines refractivos. ♦ Lentes de contacto (no incluyen los cargos por ajuste y entrega). ♦ Artículos para la visión después de una cirugía de cataratas.	Para los miembros del plan Silver o Gold, si los artículos para la visión que adquiere cuestan más que la asignación correspondiente a su plan, usted pagará la diferencia. • \$100 de asignación para los miembros del plan Silver. • \$200 de asignación para los miembros del plan Gold.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
• Los artículos para la visión deben ser recetados por un optometrista o un oftalmólogo y deben ser adquiridos en una óptica de la red. • No otorgaremos la asignación para lentes ni armazones (aunque estén cubiertos de otra forma) si ya se proporcionó 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 podrá usarla más adelante. • Para los miembros de los planes Silver o Gold inscritos en la Opción 1 de Advantage Plus, su asignación es mayor (consulte la Sección 2.2 de este capítulo para obtener más detalles). • Para los miembros del plan Core no aplica este beneficio de artículos para la visión. Sin embargo, cuenta con cobertura de artículos para la visión si está inscrito en la Opción 1 de Advantage Plus (para obtener más detalles, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).	
 Consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare” 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. Importante: Cubrimos la consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses después de contratar Medicare Parte B. Cuando haga la cita con el médico, coménteles que desea programar la consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare”.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare”.
Nota: Consulte el Capítulo 1 (Sección 10) y el Capítulo 11 para obtener información sobre la coordinación de beneficios que se aplica a todos los servicios cubiertos descritos en esta Tabla de Beneficios Médicos.	

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

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

Sección 2.2 Beneficios “suplementarios opcionales” que puede comprar

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

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

- **La Opción 1** incluye beneficios dentales, de audífonos y de artículos para la visión.
- **La Opción 2** incluye beneficios para audífonos, servicios de acupuntura y de transporte.

Prima y beneficios de la Opción 1 de Advantage Plus <i>Beneficios suplementarios opcionales</i>	Lo que debe pagar*
Prima mensual adicional. Esta prima se agrega a su prima del plan Senior Advantage (consulte la Sección 4.1 del Capítulo 1 para obtener más información sobre las primas).	\$35
Cobertura para audífonos • Proporcionamos una asignación de \$500 por oído cada tres años para la compra de un audífono (incluidos los moldes del oído y las tarifas por entrega asociadas con la compra del audífono) cuando lo receta un audiólogo o médico de la red y se obtiene de un proveedor de la red. Un audífono es un dispositivo electrónico que una persona utiliza para amplificar el sonido. • La asignación puede utilizarse solo en el punto de venta inicial. Si no usa la totalidad de su asignación en el punto de venta inicial, no podrá usarla más adelante.	Si el audífono que compró cuesta más de \$500 por oído , usted pagará la diferencia. Si se inscribe en ambas opciones de Advantage Plus (la Opción 1 y la Opción 2), la asignación es de \$1,000 por cada oído.

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

Prima y beneficios de la Opción 1 de Advantage Plus <i>Beneficios suplementarios opcionales</i>	Lo que debe pagar*
Cobertura de artículos para la visión • Dependiendo del plan en el que esté inscrito, proporcionamos la asignación que se especifica a la derecha. • La asignación se puede usar para pagar los siguientes artículos: ♦ Lentes para anteojos, si un proveedor de la red los coloca en un armazón. ♦ Armazones para anteojos con fines refractivos. ♦ Lentes de contacto (no incluyen los cargos por ajuste y entrega). ♦ Artículos para la visión después de una cirugía de cataratas. • Los artículos para la visión deben ser recetados por un optometrista o un oftalmólogo y deben ser adquiridos en una óptica de la red. • No otorgaremos la asignación para lentes ni armazones (aunque estén cubiertos de otra forma) si ya se proporcionó 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 podrá usarla más adelante. Nota: Para los miembros de los planes Silver y Gold, la Opción 1 de Advantage Plus proporciona una asignación de \$200 que se agrega a la asignación estándar de artículos para la visión que se describe en la sección “Cuidado de la visión” de la Tabla de Beneficios Médicos. El total de su asignación combinada se muestra a la derecha.	Si el artículo para la visión que compre cuesta más que la asignación correspondiente a su plan, usted pagará la diferencia. • \$200 de asignación para los miembros del plan Core. • \$300 de asignación combinada para los miembros del plan Silver. • \$400 de asignación combinada para los miembros del plan Gold.

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

Prima y beneficios de la Opción 1 de Advantage Plus <i>Beneficios suplementarios opcionales</i>	Lo que debe pagar*
Atención dental preventiva y de diagnóstico - Examen oral (limitado a uno al año).** - Profilaxis (limitado a una limpieza al año).** - Aplicación tópica de fluoruro (una vez cada 12 meses). - Radiografía panorámica o completa de la boca (una vez cada 60 meses). - Radiografía de aleta mordida (un conjunto cada 12 meses). - Radiografía periapical (cuatro cada 12 meses). - Radiografía oclusal (dos cada 12 meses). - Prueba de vitalidad pulpar. ** Los miembros de los planes Silver y Gold cuentan con una consulta adicional, que se describe en la sección “Servicios dentales” de la Tabla de Beneficios Médicos. Esto significa que los miembros de los planes Silver y Gold reciben dos consultas al año si están inscritos en esta opción de Advantage Plus.	\$15 por servicio.
Atención dental integral Límite del beneficio anual.	Después de que el plan pague \$1,000 en un año calendario por atención dental integral, usted paga el 100 % durante el resto del año.
Los servicios cubiertos incluyen las siguientes categorías: Servicios básicos: - Empastes. - Retención de la espiga por diente. - Extracciones simples. - Alivio del dolor de emergencia. Servicios importantes: - Coronas. - Reconstrucciones de muñón. - Reconstrucción de poste y muñón.	Usted paga un coseguro del 50 % hasta que el plan haya pagado \$1,000 (límite anual de beneficios). Usted paga el 100 % durante el resto del año.

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

Prima y beneficios de la Opción 1 de Advantage Plus <i>Beneficios suplementarios opcionales</i>	Lo que debe pagar*
• Poste y muñón prefabricados. • Reparación de corona. • Incrustaciones de metal. (Se proporcionarán beneficios alternativos para los empastes metálicos. El paciente deberá pagar la tarifa restante aprobada). • Recubrimientos de metal. • Endodoncias, excepto las siguientes, que no están cubiertas: ♦ Recubrimiento pulpar (directo o indirecto). ♦ Tratamiento de obstrucción del conducto radicular. ♦ Regeneración pulpar. ♦ Cirugía perirradicular (incluidos injertos de hueso y materiales biológicos en conjunto con esta). ♦ Regeneración guiada de tejido. ♦ Implante endodóntico endoóseo. ♦ Reimplante intencional. • Periodoncia, excepto por lo siguiente, que no está cubierto: ♦ Gingivectomía o gingivoplastia para poder realizar servicios de restauración. ♦ Exposición de corona anatómica. ♦ Materiales biológicos para facilitar la generación de tejidos. ♦ Injertos de tejido conectivo autógeno y no autógeno. ♦ Tejido conjuntivo e injertos de pedículo doble. ♦ Injertos de tejido blando sin costo. ♦ Férula provisional. ♦ Desbridamiento de la boca completa. ♦ Colocación localizada de agentes antimicrobianos. ♦ Cambio no programado de vendajes. ♦ Irrigación gingival. • Dentaduras completas. • Dentaduras parciales. • Reparación, ajuste y rebasado de dentaduras, excepto lo siguiente, que no está cubierto:	

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

Prima y beneficios de la Opción 1 de Advantage Plus <i>Beneficios suplementarios opcionales</i>	Lo que debe pagar*
♦ Reemplazo de todos los dientes y el material acrílico de las estructuras dentales de metal fundido (mandibular o maxilar). ♦ Acondicionamiento de tejidos. ♦ Puentes fijos. ♦ Pónticos en prótesis parciales fijas, excepto los pónticos provisionales. • Servicios de cirugía bucal, excepto lo siguiente, que no está cubierto: ♦ Coronectomía. ♦ Trasplante dental. ♦ Acceso quirúrgico de diente ininterrumpido. ♦ Recolección de muestra para citología exfoliativa. ♦ Reposicionamiento quirúrgico de los dientes. ♦ Fibrotomía. ♦ Colocación quirúrgica de dispositivo de anclaje temporal. ♦ Obtención de material óseo para usarlo en la colocación de injertos autógenos. ♦ Alveoloplastia junto con extracciones. ♦ Escisión de lesión benigna de más de 1.25 cm. ♦ Escisión de lesión benigna (complicada). ♦ Escisión de lesión maligna de hasta 1.25 cm. ♦ Extracción de tumores malignos. ♦ Extirpación de tumores o quistes benignos no odontogénicos. ♦ Tratamiento de fracturas. ♦ Reducción de dislocación y tratamiento de otras disfunciones de la TMJ. ♦ Sutura complicada. ♦ Injertos de piel. ♦ Recolección y aplicación de concentrado de sangre autóloga. ♦ Osteoplastia. ♦ Osteotomía. ♦ Fracturas de Le Fort I, II o III. ♦ Injerto de cartílago de la mandíbula o el maxilar.	

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

Prima y beneficios de la Opción 1 de Advantage Plus <i>Beneficios suplementarios opcionales</i>	Lo que debe pagar*
♦ Aumento sinusal. ♦ Injerto de reemplazo óseo para preservación de la cresta. ♦ Reparación de defectos del tejido maxilofacial blando y duro. ♦ Frenectomía. ♦ Frenuloplastia. ♦ Traqueotomía de emergencia. ♦ Coronoidectomía. ♦ Injerto sintético. ♦ Implante de mandíbula para aumento. ♦ Remoción de aparatos. ♦ Colocación intraoral de dispositivo de fijación. • Retenedores de dentadura postiza parcial fija, excepto por lo siguiente, que no está cubierto: ♦ Retenedores de corona e incrustaciones de porcelana. ♦ Retenedor de recubrimiento e incrustación de dos superficies de metal noble fundido, metal predominantemente bajo y metal altamente noble. ♦ Retenedor de corona provisorio. ♦ Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija ♦ Dentadura postiza parcial fija necesaria debido a una falla en el material restaurativo • Servicios complementarios generales, excepto lo siguiente, que no está cubierto: ♦ Tratamiento de emergencia de dolor dental. ♦ Anestesia local. ♦ Anestesia de bloque regional. ♦ Inhalación de óxido nitroso o analgesia. ♦ Sedación consciente no intravenosa. ♦ Consultas profesionales. ♦ Visitas profesionales. ♦ Medicamentos. • Diversos servicios adicionales con excepción de la limpieza de dentaduras postizas.	

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

Prima y beneficios de la Opción 2 de Advantage Plus <i>Beneficios suplementarios opcionales</i>	Lo que debe pagar*
Prima mensual adicional. Esta prima se suma a la prima de su plan Senior Advantage (para obtener más información sobre la prima, consulte la Sección 4.1 del Capítulo 1).	\$14
Cobertura para audífonos • Proporcionamos una asignación de \$500 por oído cada tres años para la compra de un audífono (incluidos los moldes del oído y las tarifas por entrega asociadas con la compra del audífono) cada 36 meses cuando lo receta un médico o audiólogo de la red y se obtiene de un proveedor de la red. Un audífono es un dispositivo electrónico que una persona utiliza para amplificar el sonido. • La asignación completa por oído debe utilizarse en el punto de venta inicial. Cualquier saldo acreedor restante se perderá después de utilizar el punto de venta inicial.	Si el audífono que compró cuesta más de \$500 por oído, usted pagará la diferencia. Si se inscribe en ambas opciones de Advantage Plus (la Opción 1 y la Opción 2), la asignación es de \$1,000 por cada oído.
Servicios de acupuntura de rutina • Ofrecemos cobertura hasta para un total de 16 consultas de autorreferencia para servicios de acupuntura por año calendario cuando se reciben de proveedores participantes. Para obtener una lista de los acupunturistas y centros participantes, consulte nuestro Directorio de Proveedores o comuníquese con Servicio a los Miembros al 1-800-476-2167 (TTY 711). • Los servicios de acupuntura que se indican a continuación tienen cobertura si son apropiados desde el punto de vista clínico para el tratamiento de dolor neuromusculoesquelético derivado de una lesión o enfermedad, o para el tratamiento de alergia, asma, náuseas o vómito, cuando se reciben de acupunturistas participantes: acupuntura por estimulación manual, electroacupuntura aplicada a las agujas insertadas y acupresión. El uso de ventosas o la moxibustión solo están cubiertos si son necesarios para remplazar la estimulación eléctrica.	\$15 por consulta.

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

Prima y beneficios de la Opción 2 de Advantage Plus <i>Beneficios suplementarios opcionales</i>	Lo que debe pagar*
Beneficio de transporte Cubrimos hasta 20 viajes sencillos al año (limitado a viajes de 50 millas) para ir y regresar de la ubicación de un proveedor de la red. Este servicio debe ser proporcionado por nuestro proveedor de transporte designado. Nota: En el caso de los miembros del plan Gold inscritos en esta opción, existe una cobertura de transporte adicional (consulte el “Beneficio de transporte exclusivo para miembros del plan Gold” de la Tabla de Beneficios Médicos para obtener más información).	Sin cargo

Cuándo puede inscribirse en el plan Advantage Plus

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

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

Puede comunicarse con Servicio a los Miembros para obtener más información; los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto.

Cancelación de la inscripción en Advantage Plus

Puede cancelar su inscripción en Advantage Plus en cualquier momento del año. Envíe su notificación por escrito a **Kaiser Permanente Medicare Department, P.O. Box 232407 San Diego, CA 92193-9914**. La cancelación de la inscripción entra en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en que recibamos el formulario completo. Reembolsaremos los pagos de primas excesivos. Llame a Servicio a los Miembros para solicitar un formulario de cancelación de la inscripción.

Si cancela su inscripción en Advantage Plus y desea volver a inscribirse en el futuro, consulte más arriba las fechas en las que puede hacerlo en “Cuándo puede inscribirse en Advantage Plus”. Recuerde que sus beneficios de audífonos y artículos para la visión no se renuevan con la reinscripción, ya que los audífonos solo se cubren una vez cada 36 meses y los artículos para la visión, una vez cada 24 meses.

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

SECCIÓN 3. ¿Cuáles son los servicios que no cubre nuestro plan?**Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)**

Esta sección informa qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no los cubre este plan. Si un servicio está “excluido”, significa que no cubrimos ese servicio.

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

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo. No pagaremos los servicios médicos que se incluyen en la siguiente tabla, salvo en los casos específicos que se mencionan a continuación. La única excepción por la que pagaremos un servicio de la siguiente tabla es cuando, por medio de una apelación, se descubra que dicho servicio médico se debió haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación si decidimos no cubrir un servicio médico).

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en la Tabla de Beneficios o en la tabla que aparece a continuación.

Aunque usted reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, los servicios excluidos siguen sin tener cobertura y nuestro plan no los pagará.

Servicios sin cobertura por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Servicios que se considere que no son razonables ni necesarios según los estándares de Original Medicare.		√ Esta exclusión no aplica a los servicios o artículos que no están cubiertos por Original Medicare, pero están cubiertos por nuestro plan.
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Procedimientos y productos experimentales son aquellos que, según nuestro plan y Original Medicare, la comunidad médica generalmente no acepta.		√ 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).

Servicios sin cobertura por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Habitación privada en un hospital.		√ Servicio con cobertura solo cuando es necesario desde el punto de vista médico.
Artículos personales en su habitación del hospital o de un centro de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión.	√	
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.	√	
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. 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.	√	

Servicios sin cobertura por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
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.		√ No cubierto para los miembros del plan Core. Los miembros de los planes Silver y Gold tienen cobertura para un examen dental y una limpieza al año (consulte los “Servicios dentales” en la Tabla de Beneficios Médicos). Esta exclusión no aplica si está inscrito en la Opción 1 de Advantage Plus. Consulte la Sección 2.2 de este capítulo para conocer los detalles del beneficio y la sección “Exclusiones y limitaciones de servicios dentales para la Opción 1 de Advantage Plus” que se encuentra a continuación para conocer qué servicios y artículos no están cubiertos por el plan de atención dental de Advantage Plus.
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. Esta exclusión no aplica si está inscrito en la Opción 1 de Advantage Plus. Consulte la Sección 2.2 de este

Servicios sin cobertura por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
		capítulo para conocer los detalles del beneficio y la sección “Exclusiones y limitaciones de servicios dentales para la Opción 1 de Advantage Plus” que se encuentra a continuación para conocer qué servicios y artículos no están cubiertos por el plan de atención dental de Advantage Plus.
Atención quiropráctica de rutina.		√ La manipulación de la columna vertebral para corregir la subluxación está cubierta.
Cuidado rutinario de los pies.		√ Cobertura limitada según las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes). Esta exclusión no aplica para los miembros de los planes Silver y Gold que tienen cobertura según lo descrito en la sección “Podiatría” de la Tabla de Beneficios Médicos.
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 las personas con pie diabético.
Audífonos.		√ Esta exclusión para audífonos no se aplica a los implantes cocleares ni a los dispositivos auditivos externos

Servicios sin cobertura por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
		osteointegrados cubiertos por Medicare. Además, esta exclusión no aplica si está inscrito en cualquiera de las opciones de Advantage Plus (consulte la Sección 2.2 para obtener detalles). Sin embargo, el beneficio para audífonos de Advantage Plus no cubre los siguientes servicios o artículos: audífonos implantados internamente, accesorios, mantenimiento de rutina, piezas de reemplazo, baterías, reparación de audífonos y reemplazo de audífonos perdidos o rotos (la garantía del fabricante puede cubrir algunos de estos puntos).
Anteojos y lentes de contacto.		√ Para los miembros del plan Core, está cubierto un par de anteojos (o lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas. No está cubierto ningún otro dispositivo para la visión, a menos que esté inscrito en Advantage Plus. Esta exclusión de anteojos y lentes de contacto no se aplica a los miembros del plan Silver o Gold, o si está inscrito en Advantage Plus (consulte la Sección 2.2 para obtener detalles). Sin embargo, los planes Silver, Gold y Advantage Plus no cubren los siguientes servicios o artículos: • Armazones industriales. • Lentes y anteojos de sol sin valor refractivo. Esta exclusión no se aplica a lo siguiente: ♦ Lentes correctores transparentes si solo un ojo necesita corrección.

Servicios sin cobertura por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
		♦ 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 por ley no requieren receta médica (además de los armazones para anteojos), como sujetadores, estuches para anteojos y equipos de reparación.
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.		√ Esta exclusión no aplica si está inscrito en la Opción 2 de Advantage Plus. Consulte la Sección 2.2 de este capítulo para conocer los detalles del beneficio y la sección “Exclusiones de los servicios de acupuntura para la Opción 2 de Advantage Plus” que se encuentra a continuación para conocer qué servicios y artículos no están cubiertos en el plan de acupuntura de Advantage Plus.
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	√	

Servicios sin cobertura por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Servicios de enfermería privada.	√	
Servicios o procedimientos opcionales o voluntarios (incluidos la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el rendimiento sexual y atlético, los propósitos cosméticos, los tratamientos contra el envejecimiento y el rendimiento mental).		√ Cubiertos si son necesarios desde el punto de vista médico y están cubiertos por Original Medicare.
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.
Cirugía reconstructiva que ofrece únicamente mejoras mínimas en la apariencia o que se realiza para modificar o cambiar la forma de las estructuras normales del cuerpo a fin de mejorar la apariencia.		√ Cubrimos la cirugía reconstructiva para corregir o reparar las anomalías en las estructuras del cuerpo provocadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, lesiones accidentales, traumas, infecciones, tumores o enfermedades, si un médico de la red determina que es necesaria para mejorar la función o crear una apariencia normal, dentro de lo posible.
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	√	

Servicios sin cobertura por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
estructuras normales del cuerpo a fin de mejorar la apariencia.		
Lentes intraoculares (IOL) no convencionales después de una cirugía de cataratas (por ejemplo, IOL para corregir la presbicia).		√ 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 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.
Donaciones dirigidas de sangre.	√	
Masoterapia.		√ Servicio cubierto cuando se indica como parte del programa de 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.		√ Esta exclusión no se aplica a los miembros del plan Gold o si está inscrito en la Opción 2 de Advantage Plus.
Servicios autorizados de ambulancia sin transporte.		√ Cubiertos si la ambulancia lo transporta a usted o si está cubierto por Medicare.

Servicios sin cobertura por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Exámenes físicos y otros servicios (1) necesarios para obtener o conservar el empleo o para participar en programas de empleados, (2) necesarios para obtener seguros o licencias, o (3) solicitados por orden judicial o necesarios para obtener libertad condicional o 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, 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.		√ Esta exclusión se aplica a los servicios proporcionados en cualquier parte, incluso fuera de EE. UU. No se aplica a los estudios clínicos cubiertos por Medicare o la atención de emergencia cubierta que usted reciba fuera de EE. UU.

Exclusiones a la cobertura de acupuntura de la Opción 2 de Advantage Plus

Si está inscrito en Advantage Plus, descrito en la Sección 2.2 de este capítulo, su cobertura de acupuntura de Advantage Plus no cubre los siguientes servicios o artículos:

- Alquiler o compra de equipo médico duradero (DME); purificadores de aire, colchones terapéuticos, suministros u otros dispositivos, aparatos o equipo similares, sin importar si su uso o instalación será con fines de proporcionar terapia o facilitar el acceso.
- Radiología y pruebas de laboratorio; medicamentos de venta con receta, vitaminas, suplementos nutricionales o a base de hierbas, independientemente de si fueron recetados o recomendados por un acupunturista participante.
- Masajes o técnicas de tejidos blandos, excepto acupresión; tratamientos principalmente para obesidad o el control del peso; rehabilitación vocacional, de ataque cerebral o a largo plazo; hipnoterapia; entrenamiento del comportamiento; terapia del sueño o autorregulación; servicios de acupuntura provistos para el mantenimiento o servicios de atención preventiva; adicción, incluidos servicios para dejar de fumar.
- Gastos incurridos por servicios de acupuntura relacionados con consultas que superan la cantidad máxima de consultas de acupuntura del miembro por año de contrato; gastos incurridos por cualquier servicio brindado antes de que comience la cobertura o después de que esta termine, según los términos de este beneficio de acupuntura; todos los servicios brindados por un acupunturista no participante, independientemente de si los servicios se obtuvieron dentro o fuera del área de servicio del plan; servicios de acupuntura que el plan determinó que no son clínicamente adecuados en su revisión de la utilización (los miembros no tendrán un sobrecargo por los servicios que no se determinan clínicamente adecuados); servicios no autorizados por el plan (excepto la evaluación inicial).
- Todos los servicios o procedimientos que se consideren experimentales o en investigación según la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE. UU. o toda técnica o procedimiento que no esté aceptado de manera general en los organismos reguladores de acupuntura de la mayoría de los estados; y los beneficios, artículos o servicios que estén limitados o excluidos en nuestro plan, excepto que este beneficio suplementario lo modifique.
- Nuestro plan no se hace responsable por el consumo de medicamentos a base de hierbas recetados por acupunturistas.

Exclusiones y limitaciones a la cobertura de los beneficios dentales de Opción 1 de Advantage Plus

Si está inscrito en el plan Advantage Plus, que se describe en la Sección 2.2 de este capítulo, los siguientes servicios y artículos no están cubiertos en el beneficio dental:

- Servicios para tratar lesiones o afecciones cubiertas por la Ley de Compensación de los Trabajadores o las leyes de responsabilidad del empleador. Servicios brindados por cualquier agencia de gobierno federal o estatal. Servicios que se brindan sin costo por cualquier ciudad, condado u otra subdivisión política. Todos los servicios por los que la persona no pagaría si no estuviera asegurada, excepto si dicha exclusión está prohibida por ley.

- Todo servicio cubierto que haya comenzado cuando la persona no reunía los requisitos para dicho servicio conforme a este contrato.
- Servicios para el tratamiento de malformaciones congénitas (presentes en el nacimiento) o de desarrollo (después del nacimiento), excepto servicios dentales intrabucal para el tratamiento de una afección que esté relacionada o que se haya desarrollado a causa del labio o paladar leporino.
- Servicios por motivos cosméticos.
- Servicios para restaurar la estructura dental perdida por el desgaste, la erosión, la atrición, la abrasión o la abfracción.
- Servicios relacionados con la protección, la alteración, la corrección, la estabilización, la reconstrucción o el mantenimiento de los dientes debido a alineación, oclusión o moldeado inadecuados.
- Servicios relacionados con la estabilización periodontal de los dientes.
- Dispositivos para hábitos, protectores bucales nocturnos, férulas oclusales, protectores bucales para atletas y servicios gnatológicos (función de la mandíbula), registros o análisis de la mordida o cualquier servicio relacionado.
- Medicación previa, analgesia, hipnosis o cualquier otro servicio para el manejo del paciente (excepto los servicios cubiertos de anestesia).
- Servicios que de otra manera estarían cubiertos, pero debido a la afección subyacente del paciente no serían exitosos para mejorar su salud bucal.
- Todos los procedimientos realizados con anticipación a una necesidad futura (excepto los servicios preventivos cubiertos).
- Costos de hospital o cualquier otro cargo por el uso de cualquier centro de atención.
- Todos los servicios de anestesia no incluidos en los servicios cubiertos en la Opción 1 de Advantage Plus.
- Injertos realizados en la boca en lugares donde no hay dientes.
- Injertos de tejidos u otras sustancias del exterior al interior de la boca. Aumentos o implantes y todos los dispositivos relacionados. Extirpación de implantes o cualquier servicio relacionado.
- Servicios de ortodoncia, incluidos procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos para diagnosticar y tratar la mala alineación de los dientes o las mandíbulas, a menos que se incluyan como cubiertos en la tabla de beneficios de la Sección 2.2 de este capítulo.
- Terapia miofuncional o terapia del habla.
- Servicios para el tratamiento de cualquier trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ), dolor facial o cualquier condición relacionada.
- Servicios no prestados de conformidad con las leyes del Estado de Colorado. Servicios realizados por cualquier persona que no tenga licencia para realizar dichos servicios. Servicios realizados para tratar cualquier afección que no sea una enfermedad, malformación, anomalía o trastorno bucal o dental.

- Instrucciones de higiene bucal o de la dieta.
- Llenado de formularios. Entrega de información o registros diagnósticos. Copiado de rayos X u otros archivos.
- Reemplazo de aparatos perdidos, robados o dañados.
- Reparación de dispositivos alterados por alguien que no sea dentista.
- Todos los servicios, incluidos los servicios o procedimientos relacionados, no incluidos específicamente en los servicios cubiertos.
- Servicios por los cuales no se hubieran realizado cargos de no existir esta cobertura, a excepción de los servicios provistos por Medicaid.
- Programas de control preventivo, incluidos artículos para cuidado en el hogar.
- Programas para el control de la placa.
- Lesiones que usted se causa a sí mismo.
- Férula provisional.
- Injerto de hueso cuando se realiza en el mismo sitio que una extracción dental, implante, apicectomía o hemisección.
- Servicios brindados para el tratamiento de dientes retenidos por una sobredentadura.
- Cualquier servicio prostodóntico brindado dentro de los 60 meses de servicios de restauración especial en el mismo diente.
- Cualquier servicio de restauración especial brindado dentro de los 60 meses de servicios prostodónticos fijos en el mismo diente.
- Dispositivos prostodónticos fijos y removibles (puentes y prótesis removibles metálicas) no son un beneficio en el mismo arco, a menos que la dentadura fija (puente) reemplace los dientes frontales. La asignación está limitada a la dentadura parcial removible.

Limitaciones de los servicios básicos

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

Limitaciones de los servicios principales

- Servicios periodónticos quirúrgicos cubiertos una vez en un periodo de 36 meses. Servicios periodónticos no quirúrgicos cubiertos una vez en un periodo de 24 meses.
- Las limpiezas periodónticas están disponibles solo si el miembro tiene antecedentes documentados de tratamiento periodóntico (limitado a dos por año calendario).
- El rebase de un dispositivo prostodóntico se realizará una vez en un periodo de 36 meses.

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

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos de venta con receta de la Parte D

SECCIÓN 1. Introducción	116
Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura de medicamentos de la Parte D	116
Sección 1.2 Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan.....	117
SECCIÓN 2. Cómo surtir las recetas en una farmacia de la red o por medio de nuestro servicio de venta por correo	117
Sección 2.1 Use una farmacia de la red para que la receta esté cubierta	117
Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red	118
Sección 2.3 Cómo usar nuestros servicios de pedidos por correo	119
Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?	120
Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no pertenece a nuestra red?.....	120
SECCIÓN 3. Sus medicamentos deben estar en nuestra “Lista de Medicamentos”.....	121
Sección 3.1 La “Lista de Medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	121
Sección 3.2 Existen seis “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos.....	122
Sección 3.3 ¿Cómo puede saber si un medicamento determinado está incluido en la Lista de Medicamentos?	123
SECCIÓN 4. Algunos medicamentos tienen restricciones de cobertura	123
Sección 4.1 ¿Por qué se aplican restricciones a algunos medicamentos?	123
Sección 4.2 ¿Cuáles son los tipos de restricciones?	124
Sección 4.3 ¿Alguna de las restricciones mencionadas se aplica a sus medicamentos?	124
SECCIÓN 5. ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto como a usted le gustaría?	125
Sección 5.1 Hay ciertas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como a usted le gustaría	125
Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido de alguna manera?	126

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento pertenece a un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto?	128
SECCIÓN 6. ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?	128
Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año.....	128
Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para un medicamento que está usando?	129
SECCIÓN 7. ¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos por el plan?	131
Sección 7.1 Tipos de medicamentos sin cobertura	131
SECCIÓN 8. Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta	132
Sección 8.1 Presente su tarjeta de membresía.....	132
Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva su tarjeta de membresía?	132
SECCIÓN 9. Cobertura para medicamentos de la Parte D en circunstancias especiales	132
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?.....	132
Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)?.....	133
Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura para medicamentos por medio de un plan de grupo para jubilados o de un empleador?	134
Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?.....	134
SECCIÓN 10. Programas sobre la seguridad de los medicamentos y su administración	135
Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura	135
Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a consumir sus medicamentos opioides de forma segura	135
Sección 10.3 Programa de Administración del Tratamiento con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos.....	136



¿Sabía que hay programas que ayudan a la gente a pagar sus medicamentos?

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen el programa de “Ayuda Adicional” y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **cierta información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos de venta con receta 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” o “Cláusula LIS”), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no ha recibido esta cláusula, llame a Servicio a los Miembros y pida la “Cláusula LIS”. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este 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, incluidas ciertas inyecciones aplicadas durante una visita al consultorio médico y los medicamentos administrados en un centro de diálisis. El Capítulo 4, “Tabla de Beneficios Médicos (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 y las afecciones relacionadas. Por consiguiente, estos no están cubiertos por los beneficios de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 de este capítulo, “Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare”. Para obtener información sobre la cobertura de los cuidados paliativos, consulte la sección de cuidados

paliativos del Capítulo 4, “Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)”.

En las siguientes secciones se analiza la cobertura de sus medicamentos de acuerdo con las reglas de los beneficios 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.

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 las siguientes 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 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 tiempo presentar la documentación necesaria para que sea procesada.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (Consulte la Sección 2. “Surta sus recetas en una farmacia de la red o por medio 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”, para abreviar). (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 de un medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre las indicaciones aceptadas 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 se cubrirán si las surte en las farmacias de la red. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubrimos recetas surtidas en farmacias 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. La frase “medicamentos cubiertos” se refiere a los

medicamentos de venta con receta de la Parte D que tienen cobertura de acuerdo con 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 Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Si cambia de una farmacia de la red a otra, y necesita resurtir un medicamento que está tomando, puede pedir que le transfieran la receta a su 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 Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos 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. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapias de infusión en el hogar.
- Las que surten medicamentos para los residentes de centros de cuidados a largo plazo (LTC). En general, los centros de LTC (como los hogares para ancianos) tienen sus propias farmacias. Si está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir habitualmente los beneficios de la Parte D por medio de nuestra red de farmacias de LTC, que generalmente es el tipo de farmacia que usan los centros de LTC. Si tiene problemas para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicio a los Miembros.
- Las farmacias que trabajan con los Servicios de Salud para la Población Indígena/Tribus/Programa de Salud para Indígenas Urbanos (no disponible en Puerto Rico). A menos que se trate de una emergencia, solo los nativos estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red. Las farmacias I/T/U deben estar dentro de nuestra área de servicio.
- Las farmacias que venden medicamentos que están restringidos a lugares específicos por la FDA o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o una explicación de su modo de uso. **Nota: Este caso no es frecuente.**

Para ubicar una farmacia de la red, consulte el **Directorio de Farmacias** o llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos 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 por medio de la venta por correo son medicamentos que se toman de manera regular para tratar una condición médica crónica o de largo plazo. 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 Servicio 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 costo 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 le indique.
- Envíe su receta o solicitud de resurtido de medicamentos en un formulario de pedido 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.

En general, un pedido de medicamentos por correo no tardará más de 10 días en llegar. Si una receta por correo se demora, llame al número que se indica arriba o que se encuentra en la etiqueta del frasco del medicamento recetado para obtener ayuda. Además, si no puede esperar a que su medicamento de venta con receta 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 sus 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?

Si compra un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que sus costos compartidos sean más bajos. Nuestro plan le ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de los medicamentos de “mantenimiento” incluidos en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma de manera regular para tratar una condición médica crónica o a largo plazo. Puede solicitar este suministro mediante una 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 medicamentos de mantenimiento. Para ver qué farmacias de nuestra red ofrecen la opción de recibir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento, consulte el Directorio de Farmacias. También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos 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, ofrecemos cobertura para los medicamentos que se surten en farmacias que no pertenecen a la red solo cuando no es posible usar una farmacia de la red. Para ayudarle, 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 de venta con receta surtidos en una farmacia fuera del plan en las siguientes circunstancias:

- Si usted está de viaje dentro de los Estados Unidos y sus territorios, pero se encuentra fuera del área de servicio y se enferma o se queda sin medicamentos de venta con receta cubiertos de la Parte D, ofrecemos cobertura para surtir recetas en una farmacia que no pertenece a la red solo para circunstancias limitadas y poco frecuentes, y de acuerdo con las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles de Medicare Parte D.
- Si necesita un medicamento de venta con receta de Medicare Parte D junto con atención de emergencia fuera de la red o atención de urgencia fuera del área de servicio, cubriremos un suministro para hasta 30 días por parte de una farmacia 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 se toman en cuenta para alcanzar la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

- Si no puede obtener un medicamento cubierto en tiempo y forma dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable en automóvil que esté abierta las 24 horas. Si una persona razonable pudo haber comprado el medicamento en una farmacia de la red dentro del horario normal de atención, es posible que no cubramos su receta.
- Si trata de surtir un medicamento de venta con receta cubierto que no está disponible normalmente en farmacias accesibles de la red o mediante el 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 están impresos 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 un reembolso).

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

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

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

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

La Lista de Medicamentos únicamente incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D (la Sección 1.1 de este capítulo contiene información sobre los medicamentos de la Parte D).

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

- 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 afección para los que se recetó).
- O está respaldado por determinados libros de referencia. (Estos libros de referencia son el Servicio de Información sobre Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles para Hospitales de Estados Unidos, el Sistema de Información DRUGDEX y la USPDI o su sucesor; y para el cáncer, la Red Integral Nacional de Cáncer y Farmacología Clínica o sus sucesores).

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

Un medicamento genérico es un medicamento de venta con receta 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 de venta con receta.

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

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

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

- **Nivel 1** de costo compartido para medicamentos genéricos preferidos.
- **Nivel 2** de costo compartido para medicamentos genéricos.
- **Nivel 3** de costo compartido para medicamentos de marca preferidos.
- **Nivel 4** de costo compartido para medicamentos de marca no preferidos.
- **Nivel 5** de costo compartido para medicamentos especializados.
- **Nivel 6** de costo compartido para vacunas inyectables de la Parte D.

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

Sección 3.3 ¿Cómo puede saber si un medicamento determinado está incluido en la 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). 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 están impresos 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 de venta con receta. 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 eficaz para tratar su condición 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 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 anulemos alguna restricción en su caso, deberá seguir el proceso de decisiones sobre la cobertura y solicitar que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar retirar la restricción. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción).

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 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 por lo general cuestan menos. En la mayoría de los casos, cuando hay una versión genérica disponible de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán 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. (Es posible que la parte que le corresponde del costo del medicamento sea 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 están impresos 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 tal medicamento. Si desea que anulemos esta restricción en su caso, deberá seguir el proceso de

decisiones de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar retirar la restricción. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción).

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 de venta con receta 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 que ofrezcamos cobertura para la versión genérica de un medicamento, pero no para la versión de marca que usted desea tomar.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales en su cobertura. Como se explica en la Sección 4, se aplican determinadas reglas que restringen el uso de ciertos medicamentos cubiertos. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos alguna restricción para usted.
- El medicamento tiene cobertura, pero está en un nivel de costo compartido que hace que deba pagar un costo compartido mayor al que usted piensa que debería ser. Nuestro plan clasifica todos los medicamentos cubiertos en seis niveles de costo compartido. Lo que usted paga por su medicamento de venta con receta depende en parte del nivel de costo compartido en el que está el medicamento.

Si un medicamento no tiene la cobertura que usted desea que tuviera, puede hacer algo al respecto. Las opciones disponibles dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no está incluido en la Lista de Medicamentos o está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer al respecto.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su parte del costo sea superior a lo que usted considera que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber qué puede hacer al respecto.

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 provisional del medicamento (esta opción está disponible solo para miembros en ciertas circunstancias). 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 cubramos el 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 ser elegible para recibir un suministro provisional, debe cumplir los siguientes dos requisitos:

1. El cambio en su cobertura para medicamentos debe ser por uno de los siguientes 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 encontrarse en una de las siguientes situaciones:

Para aquellos miembros nuevos o que estaban en el plan el año pasado: Cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de la membresía en nuestro plan si usted es nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si estaba en el plan el año pasado. Este suministro provisional será para un máximo de 30 días. Si su receta es para menos días, permitiremos que la surta varias veces, hasta alcanzar un suministro máximo de medicamento para 30 días. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red. (Tome en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo podría proporcionarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar el desperdicio).

- ♦ **Para aquellos miembros que llevan más de 90 días en el plan, residen en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro inmediatamente:** Cubriremos un suministro para un máximo de 31 días, o menos en caso de que su receta médica indique que es para menos días. Este suministro es adicional al suministro temporal que se mencionó arriba.

- ♦ Como miembro activo de nuestro plan, **si tiene una hospitalización cubierta en un hospital o centro de enfermería especializada**, los medicamentos que reciba durante su estancia tendrán cobertura conforme a sus beneficios médicos y no a su cobertura para medicamentos de venta con receta de Medicare Parte D. Cuando lo 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 de venta con receta 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 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 Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos 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 cubiertos 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 están impresos 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 ayudarle a presentar una solicitud para que se haga una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento aunque no esté incluido en la Lista de Medicamentos. O puede pedirnos que hagamos una excepción y que cubramos el medicamento sin restricciones.

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

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

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

Puede cambiar de medicamento

Si el medicamento que necesita está en un nivel de costo compartido que le parece demasiado alto, el primer paso es hablar con su proveedor. Quizás haya otro medicamento en un nivel más bajo de costo compartido que le ofrezca los mismos beneficios. Puede llamar a Servicio a los Miembros y solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se usan para tratar la misma condición médica. Con esta lista, su proveedor puede buscar un medicamento con cobertura que sea adecuado para usted. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

Puede solicitarnos que hagamos una excepción

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

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

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

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

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurren al comienzo de cada año (1.º de enero). 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. Salen a la venta nuevos medicamentos, incluidas nuevas versiones genéricas. El gobierno quizás apruebe un nuevo uso de un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y, por lo

tanto, lo quitamos de la lista. O podemos quitar un medicamento de la lista porque se determina que no es eficaz.

- Cambiar un medicamento a un nivel de costo compartido mayor o menor.
- 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 cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos.

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

Información sobre los cambios en la cobertura de los medicamentos

Cuando los cambios a la Lista de Medicamentos ocurren 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. Más adelante mencionamos las ocasiones en las que recibirá un aviso directo si se hacen cambios a un medicamento que está tomando. También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

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

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel 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 vamos a reemplazar con un medicamento genérico nuevo que aparecerá con un nivel de costo compartido igual o menor y con las mismas o con menos restricciones. Asimismo, cuando agreguemos el medicamento genérico nuevo, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en la Lista de Medicamentos, pero lo moveríamos de inmediato a un nivel de costo compartido 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 o quien lo recete 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 proporcionaremos información sobre el cambio o los cambios específicos que hagamos. Esto también incluirá información sobre los pasos que debe seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- **Se retiran del mercado medicamentos peligrosos y otros medicamentos en la Lista de Medicamentos.**
 - ♦ De vez en cuando, es posible que un medicamento se retire repentinamente del mercado porque se descubre que es peligroso o por otra razón. Si esto ocurre, retiraremos el medicamento de la Lista de Medicamentos de inmediato. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato sobre el cambio.
 - ♦ Quien lo recetó también estará al tanto del cambio y le ayudará a buscar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios a los medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
 - ♦ Es posible que, una vez que comience el año, hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o podemos cambiar el nivel de costo compartido o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca. También podemos hacer cambios con base en los recuadros de advertencia de la FDA o en pautas clínicas nuevas reconocidas por Medicare. Debemos darle un aviso con al menos 30 días de anticipación o resurtir el medicamento que está tomando para 30 días en una farmacia de la red.
 - ♦ Durante este periodo de 30 días, debe hablar con quien lo recetó para determinar si comenzará a usar otro medicamento con cobertura.
 - ♦ O usted o quien lo recetó pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos dándole cobertura para el medicamento en cuestión. 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)”.
- **Cambios a los medicamentos de la Lista de Medicamentos que 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 afectarán sino hasta el 1.º de enero del próximo año, si permanece en el plan:
 - ♦ Se cambia el medicamento a un nivel de costo compartido mayor.
 - ♦ Se aplica una restricción nueva al uso del medicamento.
 - ♦ Quitamos el medicamento de la Lista de Medicamentos.

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

medicamento. Este año no recibirá un aviso directo sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, a partir del 1.º de enero del próximo año, los cambios lo afectarán, y es importante que revise la nueva Lista de Medicamentos para consultar cualquier cambio en 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”, es decir, que Medicare no los paga.

Si usted recibe medicamentos excluidos, deberá pagarlos por su cuenta. No pagaremos los medicamentos que se mencionan en esta sección excepto cuando, mediante 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 6.5 del Capítulo 9 de este folleto).

A continuación, se mencionan tres reglas generales sobre los medicamentos que no se incluyen en la cobertura de la Parte D de los planes de Medicare para medicamentos:

- 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 compren 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, el “uso no indicado” tiene cobertura solo si está respaldado por ciertos libros de referencia. Estos libros de referencia son Servicio de Información sobre Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles para Hospitales de Estados Unidos y el Sistema de Información DRUGDEX; para el cáncer, la Red Integral Nacional de Cáncer y Farmacología Clínica o sus sucesores. Si el uso no está respaldado por alguno de estos libros de referencia, nuestro plan no puede cubrir el “uso no indicado”.

Además, por ley, ciertos tipos de medicamentos no tienen cobertura en los planes de Medicare:

- Medicamentos sin receta médica (también llamados medicamentos de venta sin receta).
- Medicamentos que se usan para fomentar 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 que la compañía farmacéutica solicite que las pruebas o servicios de monitoreo asociados se adquieran exclusivamente de la compañía farmacéutica como condición de venta.

Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, es posible que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos de venta con receta que un plan de medicamentos de Medicare normalmente no cubre. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para saber qué tipo de cobertura de medicamentos está disponible para usted (Los teléfonos e información de contacto de Medicaid se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2).

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

Sección 8.1 Presente su tarjeta de membresía

Siempre que surta sus recetas, recuerde presentar su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando usted usa esta tarjeta, la farmacia de la red le facturará directamente al plan el porcentaje que nos corresponde pagar del costo del medicamento de venta con receta cubierto. Usted deberá pagar a la farmacia su parte del costo al recoger el medicamento.

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 es ingresado con cobertura del plan en un hospital o en un centro de enfermería especializada, en general, cubriremos el costo de los medicamentos de venta con receta que reciba durante la estancia. Una vez que reciba el alta del hospital o del centro 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 de venta con receta de la Parte D”) le brinda más información acerca de la cobertura de medicamentos y lo que debe pagar por ellos.

Tenga en cuenta: Si usted ingresa a un centro de enfermería especializada, vive allí o deja de vivir allí, tiene derecho a un periodo especial de inscripción. Durante este periodo, puede cambiar de plan o modificar su cobertura. (El Capítulo 10, “Finalización de su membresía en nuestro plan”, contiene información sobre cuándo puede abandonar nuestro plan y unirse a otro plan de Medicare).

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 de venta con receta en la farmacia del centro, siempre y cuando esta pertenezca a nuestra red.

Para ver si la farmacia del centro de cuidados a largo plazo pertenece a nuestra red, consulte su **Directorio de Farmacias**. Si no pertenece a nuestra red, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si es residente de un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y se inscribe como nuevo miembro en nuestro 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 (LTC) podría proporcionarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar el desperdicio). Si usted ha sido miembro del plan por 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, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando el suministro temporal se agote. 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 solicitarnos que hagamos una excepción y que le proporcionemos la cobertura que desea para el medicamento. Si usted y su proveedor quieren pedirnos que hagamos una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 encontrarán información al respecto.

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

¿Actualmente tiene otra cobertura para medicamentos de venta con receta por medio de su plan de grupo para jubilados o de su empleador (o el de su cónyuge)? De ser así, comuníquese con el administrador de beneficios de ese grupo. Esta persona le informará cómo se complementa su cobertura actual para medicamentos de venta con receta con nuestro plan.

En general, si actualmente tiene empleo, la cobertura de medicamentos de venta con receta que le ofrecemos ocupará un lugar secundario con respecto a su cobertura de grupo para jubilados o de su empleador. Esto significa que su cobertura de grupo pagará primero.

Aviso especial acerca de la “cobertura acreditada”

Cada año, el grupo para jubilados o de su empleador debe enviarle un aviso en el que le indique si su cobertura de medicamentos de venta con receta para el año calendario siguiente es “acreditada” y cuáles son sus opciones de cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan de grupo es “acreditada”, significa que tiene una cobertura de medicamentos que se espera pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos de venta con receta estándar de Medicare.

Recuerde guardar estos avisos sobre la cobertura acreditable en caso de que los necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye una cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que deba presentar estos avisos como evidencia de que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso acerca de la cobertura acreditada del plan del grupo de empleadores o jubilados, el administrador de beneficios de dicho plan, el empleador o el sindicato pueden proporcionarle una copia.

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

Los medicamentos nunca los cubren al mismo tiempo un centro de cuidados paliativos y nuestro plan. 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 las afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir un aviso del médico o del proveedor del centro de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan lo cubra. Para evitar demoras al recibir medicamentos no relacionados que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle a su proveedor del centro de cuidados paliativos o a quien haga la receta que se asegure de que recibamos el aviso de que el medicamento no está relacionado antes de que usted pida a la farmacia que le surta la receta.

En 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 de venta con receta 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 obtienen sus medicamentos de distintos proveedores.

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

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque ya está usando otro para tratar la misma condición 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 Administración 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 de venta con receta u otros medicamentos de los que se abusa frecuentemente de forma segura. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (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 desde el punto de vista médico. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que usted está en riesgo de consumir de forma incorrecta o de abusar de sus medicamentos opioides o con benzodiazepinas, podemos limitar cómo obtiene dichos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

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

Si decidimos que una o más de estas limitaciones aplican para usted, le enviaremos una carta con anticipación. La carta tendrá información que explique los términos de las limitaciones que consideremos que aplican para usted. 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 los medicamentos de venta con receta o con la limitación, usted y quien lo recetó tienen derecho a solicitar 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 condiciones médicas, como cáncer, o si recibe cuidados paliativos 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 condiciones médicas, toman distintos medicamentos al mismo tiempo o usan medicamentos que tienen costos elevados.

Este programa es voluntario y no tiene 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 (MTM). Algunos miembros que toman medicamentos para distintas condiciones médicas pueden recibir servicios por medio del programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud hará 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 de venta con receta y de venta libre. Se le enviará un resumen escrito de esta revisión. El resumen contiene un plan de acción respecto a los medicamentos, el cual 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 personal 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 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 están impresos en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6. Lo que paga por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D

SECCIÓN 1. Introducción	140
Sección 1.1 Consulte este capítulo junto con los demás materiales que explican su cobertura de medicamentos	140
Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que paga por medicamentos cubiertos	141
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.....	142
Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Senior Advantage?.....	142
SECCIÓN 3. Le enviamos informes que explican sus pagos por medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra.....	143
Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”).....	143
Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos	143
SECCIÓN 4. No hay deducible para Senior Advantage	144
Sección 4.1 No paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D	144
SECCIÓN 5. Durante la Etapa Inicial de Cobertura, pagamos nuestro porcentaje de los costos de los medicamentos y usted paga su porcentaje.....	145
Sección 5.1 El monto que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surta su receta.....	145
Sección 5.2 Tabla que muestra los costos de un suministro para un mes de un medicamento.....	145
Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro para un mes completo.....	148
Sección 5.4 Tabla que muestra los costos de un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento	148
Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el total de sus gastos en medicamentos durante el año alcance \$3,820.....	150

SECCIÓN 6. Durante la etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura, le damos cobertura para algunos medicamentos 151

Sección 6.1 Permanece en la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcanzan un total de \$5,100 151

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo por medicamentos de venta con receta 154

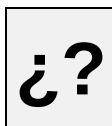
SECCIÓN 7. Durante la Etapa de Cobertura para Catástrofes, nuestro plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos 156

Sección 7.1 Una vez que entra en la Etapa de Cobertura para Catástrofes, permanecerá en esta etapa el resto del año 156

SECCIÓN 8. Lo que usted paga por vacunas cubiertas de la Parte D depende de cómo y dónde las consigue..... 156

Sección 8.1 Nuestro plan podría tener una cobertura aparte para las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de aplicación 156

Sección 8.2 Le recomendamos que llame a Servicio a los Miembros antes de vacunarse 158



¿Sabía que hay programas que ayudan a la gente a pagar sus medicamentos?

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos, se incluyen “Ayuda Adicional” y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. Consulte la Sección 7 del Capítulo 2 para obtener más información.

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **cierta información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos de venta con receta 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” o “Cláusula LIS”), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no ha recibido esta cláusula, llame a Servicio a los Miembros y pida la “Cláusula LIS”. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

SECCIÓN 1. Introducción

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

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

Para entender la información sobre los pagos que se incluye en este capítulo, primero debe saber lo básico sobre qué medicamentos tienen cobertura, dónde puede surtir sus recetas y qué reglas debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. En los siguientes materiales se explica esta información básica:

- Nuestra **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente 2019**. Para simplificar, la llamamos “**Lista de Medicamentos**”.
 - ♦ La Lista de Medicamentos le indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
 - ♦ También informa a cuál de los seis “niveles de costo compartido” pertenece un medicamento y si hay restricciones en su cobertura para tal medicamento.
 - ♦ Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos 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 de venta con receta, entre ellos, las reglas que debe seguir al comprar sus medicamentos cubiertos. En este capítulo también se describen los tipos de medicamentos de venta con receta que no tienen cobertura del plan.
- **Directorio de Farmacias de nuestro plan.** En la mayoría de los casos, usted debe comprar sus medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (consulte el Capítulo 5 para obtener más información). El **Directorio de Farmacias** tiene una lista de las farmacias de la red de nuestro plan. También explica cuáles farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de un medicamento (por ejemplo, surtir una receta por un suministro para tres meses).
- En esta **Evidencia de Cobertura** se describen los siguientes tres planes de Senior Advantage, que incluyen cobertura para los medicamentos de venta con receta de Medicare Parte D:
 - ♦ **Plan Gold**
 - ♦ **Plan Silver**
 - ♦ **Plan Core**

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

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

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 para los miembros de Senior Advantage?

Como se muestra en la siguiente tabla, nuestro plan cuenta con varias “etapas de pago de medicamentos”. La cantidad que debe pagar por un medicamento depende de la etapa en la que se encuentre en el momento en que surte o vuelve a surtir una receta médica. Recuerde que usted debe pagar la prima mensual del plan siempre, independientemente de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre.

[illegible]

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” (“EOB de la Parte D”)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos de venta con receta 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 ha pagado usted. Esto es a lo que se le conoce como “**gastos de bolsillo**”.
- Los “**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 de la Parte D** (también conocido como “**EOB de la Parte D**”) si usted surtió una o más recetas por medio de nuestro plan en el mes anterior. Dicho informe incluye:

- **La 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 el plan pagó, lo que usted pagó y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Los totales del año desde el 1.º de enero.** Esto se llama información “en lo que va del año”. 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.** Es posible que haya ocasiones en las que usted pague sus medicamentos de venta con receta y no recibamos automáticamente la información necesaria para llevar un control de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar dicho control, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si le cobran por un medicamento cubierto, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo. La Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto

contiene 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 sus medicamentos:

- ♦ Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
 - ♦ Cuando hace un copago por medicamentos que se proporcionan por medio de un programa de asistencia para pacientes ofrecido por una compañía farmacéutica.
 - ♦ Cada vez que compra medicamentos cubiertos en farmacias que no pertenecen a la red o cuando se trata de una circunstancia especial en la que paga el costo total del medicamento cubierto.
- **Envíenos la información sobre los pagos que otros han realizado en su nombre.** Los pagos hechos por ciertos individuos y organizaciones también se toman en cuenta en el cálculo de los gastos de bolsillo y para entrar en la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Por ejemplo, los pagos hechos por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el programa de Servicios de Salud para la Población Indígena y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se toman en cuenta como parte de los gastos de 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 están impresos en la contraportada 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 ingrese para obtener más información sobre cómo ver su **EOB de la Parte D** de forma segura en línea. Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4. No hay deducible para Senior Advantage

Sección 4.1 No paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D

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

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

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

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

El plan tiene seis niveles de costo compartido

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

- **Nivel 1** de costo compartido para medicamentos genéricos preferidos.
- **Nivel 2** de costo compartido para medicamentos genéricos.
- **Nivel 3** de costo compartido para medicamentos de marca preferidos.
- **Nivel 4** de costo compartido para medicamentos de marca no preferidos.
- **Nivel 5** de costo compartido para medicamentos especializados.
- **Nivel 6** de costo compartido para vacunas inyectables de la Parte D.

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

Opciones de farmacia

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

- Una farmacia de venta al por menor que pertenece a la red del plan.
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan.
- La farmacia para pedidos por correo del plan.

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

Sección 5.2 Tabla que muestra los costos de un suministro para un mes de un medicamento

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el porcentaje que usted debe pagar del costo de un medicamento cubierto se hace por medio de un copago o un coseguro.

- “**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.

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o del coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre el medicamento. **Tenga en cuenta:**

- Si un medicamento cubierto cuesta menos que el monto de copago mencionado en la tabla, usted pagará el precio del medicamento. Usted paga el monto más bajo, ya sea el precio completo del medicamento o el monto de copago.
- 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 pertenece a la red.

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

Nivel de costo compartido	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)	Costo compartido para medicamentos pedidos por correo	Costo compartido para cuidados a largo plazo (LTC)	Costo compartido que no pertenece a la red (la cobertura se limita a ciertas situaciones; para obtener más información, consulte el Capítulo 5)
	(hasta un suministro de 30 días)		(hasta un suministro de 31 días)	(hasta un suministro de 30 días)
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos				
• Plan Core	\$5	\$5	\$5	\$5
• Plan Silver	\$4	\$4	\$4	\$4
• Plan Gold	\$3	\$3	\$3	\$3

Nivel de costo compartido	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)	Costo compartido para medicamentos pedidos por correo	Costo compartido para cuidados a largo plazo (LTC)	Costo compartido que no pertenece a la red (la cobertura se limita a ciertas situaciones; para obtener más información, consulte el Capítulo 5)
	(hasta un suministro de 30 días)		(hasta un suministro de 31 días)	(hasta un suministro de 30 días)
Nivel 2: Medicamentos genéricos				
• Plan Core	\$20	\$20	\$20	\$20
• Plan Silver	\$17	\$17	\$17	\$17
• Plan Gold	\$12	\$12	\$12	\$12
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos				
• Planes Core y Silver	\$47	\$47	\$47	\$47
• Plan Gold	\$40	\$40	\$40	\$40
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos				
• Planes Core y Silver	\$100	\$100	\$100	\$100
• Plan Gold	\$95	\$95	\$95	\$95
Nivel 5: Medicamentos especializados (todos los planes)				
		Coseguro del 33 %		
Nivel 6: Vacunas inyectables de la Parte D (todos los planes)	\$0	El servicio de pedidos por correo no está disponible	\$0	\$0

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

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

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 con independencia de que la receta médica sea para un suministro de un 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 el número de días de 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.
 - ♦ Por ejemplo: Digamos que el copago de su medicamento por un suministro para 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 funciona para usted antes de tener que pagar por el suministro de 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 le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de distintos medicamentos de venta con receta, de modo que pueda realizar menos viajes a la farmacia. El monto que pague dependerá del número de días de suministro que reciba.

Sección 5.4 Tabla que muestra los costos de un suministro a largo plazo (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 indica cuánto debe pagar cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento (de hasta 90 días).

- **Tenga en cuenta:** Si el medicamento cubierto cuesta menos que el monto de copago indicado en la tabla, usted pagará el precio del medicamento. Usted paga el monto más bajo, ya sea el precio completo del medicamento o el monto de copago.

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

Nivel de costo compartido	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)		Costo compartido para medicamentos pedidos por correo
	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 90 días	Suministro de 31 a 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos			
• Plan Core	\$10	\$15	\$10
• Plan Silver	\$8	\$12	\$8
• Plan Gold	\$6	\$9	\$6
Nivel 2: Medicamentos genéricos			
• Plan Core	\$40	\$60	\$40
• Plan Silver	\$34	\$51	\$34
• Plan Gold	\$24	\$36	\$24
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos			
• Planes Core y Silver	\$94	\$141	\$94
• Plan Gold	\$80	\$120	\$80
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos			
• Planes Core y Silver	\$200	\$300	\$200
• Plan Gold	\$190	\$285	\$190

Nivel de costo compartido	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)		Costo compartido para medicamentos pedidos por correo
	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 90 días	Suministro de 31 a 90 días
Nivel 5: Medicamentos especializados (todos los planes)	Coseguro del 33 %		
Nivel 6: Vacunas inyectables de la Parte D (todos los planes)	No hay un suministro a largo plazo disponible.		

Sección 5.5 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 de venta con receta 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 la 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 gastos de bolsillo). Esto incluye:
 - ♦ 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 estuviera 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 le 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.

Nosotros le avisaremos si usted alcanza los **\$3,820**. Si alcanza este monto, dejará de estar en la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura.

SECCIÓN 6. Durante la etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura, le damos cobertura para algunos medicamentos**Sección 6.1 Permanece en la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcanzan un total de \$5,100****Medicamentos de marca durante la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura**

Cuando está en la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura, **el Programa de Descuento del Periodo de Intervalo en la Cobertura de Medicare proporciona descuentos de la compañía farmacéutica en los medicamentos de marca** (niveles 3 al 5). Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte de la cuota de la tarifa de entrega por los medicamentos de marca. Tanto el monto que paga usted como el monto descontado por la compañía farmacéutica se toman en cuenta para los gastos de bolsillo como si los hubiese pagado usted y hacen que avance en el periodo de intervalo en la cobertura.

Vacunas y medicamentos genéricos durante la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura

También recibe cobertura de medicamentos genéricos y vacunas inyectables de la Parte D durante la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura. Usted paga los copagos que se mencionan en la siguiente tabla o el 37 % de los costos por medicamentos genéricos (lo que sea menor) hasta que sus gastos anuales de bolsillo alcancen el monto máximo que ha establecido Medicare. En 2019, esa cantidad es de **\$5,100**.

Nivel de costo compartido	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)	Costo compartido para medicamentos pedidos por correo	Costo compartido para cuidados a largo plazo (LTC)	Costo compartido que no pertenece a la red (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener más información, consulte el Capítulo 5)
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos				
• Plan Core	\$5 por un suministro de hasta 30 días, \$10 por un suministro de 31 a 60 días o \$15 por un suministro de 61 a 90 días	\$5 por un suministro de hasta 30 días o \$10 por un suministro de 31 a 90 días	\$5 por un suministro de hasta 31 días	\$5 por un suministro de hasta 30 días
• Plan Silver	\$4 por un suministro de hasta 30 días, \$8 por un suministro de 31 a 60 días o \$12 por un suministro de 61 a 90 días	\$4 por un suministro de hasta 30 días u \$8 por un suministro de 31 a 90 días	\$4 por un suministro de hasta 31 días	\$4 por un suministro de hasta 30 días
• Plan Gold	\$3 por un suministro de hasta 30 días, \$6 por un suministro de 31 a 60 días o \$12 por un suministro de 61 a 90 días	\$3 por un suministro de hasta 30 días o \$6 por un suministro de 31 a 90 días	\$3 por un suministro de hasta 31 días	\$3 por un suministro de hasta 30 días

Nivel de costo compartido	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)	Costo compartido para medicamentos pedidos por correo	Costo compartido para cuidados a largo plazo (LTC)	Costo compartido que no pertenece a la red (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener más información, consulte el Capítulo 5)
Nivel 2: Medicamentos genéricos				
• Plan Core	\$20 por un suministro de hasta 30 días, \$40 por un suministro de 31 a 60 días o \$60 por un suministro de 61 a 90 días	\$20 por un suministro de hasta 30 días o \$40 por un suministro de 31 a 90 días	\$20 por un suministro de hasta 31 días	\$20 por un suministro para hasta 30 días
• Plan Silver	\$17 por un suministro de hasta 30 días, \$34 por un suministro de 31 a 60 días o \$51 por un suministro de 61 a 90 días	\$17 por un suministro de hasta 30 días o \$34 por un suministro de 31 a 90 días	\$17 por un suministro de hasta 31 días	\$17 por un suministro de hasta 30 días
• Plan Gold	\$12 por un suministro de hasta 30 días, \$24 por un suministro de 31 a 60 días o \$36 por un suministro de 61 a 90 días	\$12 por un suministro de hasta 30 días o \$24 por un suministro de 31 a 90 días	\$12 por un suministro de hasta 31 días	\$12 por un suministro de hasta 30 días

Nivel de costo compartido	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)	Costo compartido para medicamentos pedidos por correo	Costo compartido para cuidados a largo plazo (LTC)	Costo compartido que no pertenece a la red (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener más información, consulte el Capítulo 5)
Nivel 6: Vacunas inyectables de la Parte D (todos los planes)	\$0	El servicio de pedidos por correo no está disponible	\$0	\$0

Usted continúa pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más del 37 % del costo de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos de bolsillo anuales 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 gasto de bolsillo. Cuando alcanza un límite de gastos de bolsillo de **\$5,100**, sale de la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura y pasa a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo por medicamentos de venta con receta

Estas son las reglas de Medicare que debemos seguir al llevar un control de sus gastos de bolsillo por medicamentos.

Estos pagos sí están incluidos en sus gastos de bolsillo

Al sumar sus gastos de 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:
 - ♦ Etapa Inicial de Cobertura.
 - ♦ Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura.
- Todos los pagos que haya hecho durante este año calendario como miembro de un plan distinto de Medicare para medicamentos de venta con receta antes de inscribirse en nuestro plan.

Quién paga es importante:

- Si usted mismo hace estos pagos, los pagos se incluyen en sus gastos de 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 asistencia de medicamentos para el SIDA, algún Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado por Medicare o los Servicios de Salud para la Población Indígena. También se incluyen los pagos que hace el programa “Ayuda Adicional” de Medicare.
- 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 la compañía farmacéutica 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 para Catástrofes:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) alcanza un total de gastos de bolsillo de **\$5,100** durante el año calendario, pasará de la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo

Al sumar sus gastos de bolsillo, **no** puede incluir ninguno de los siguientes tipos de pagos por medicamentos de venta con receta:

- 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 los requisitos de cobertura para compras hechas fuera de la red del plan.
- Los medicamentos no cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de venta con receta 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 del Periodo de Intervalo en la Cobertura.
- Los pagos por medicamentos que hacen los planes de salud de grupo, incluidos los planes de salud de los empleadores.
- Los pagos por medicamentos que hacen determinados planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los programas del Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Los pagos por medicamentos que hace un tercero que tiene la obligación legal de cubrir el costo de los medicamentos de venta con receta (por ejemplo, la Compensación del Trabajador).

Recuerde: Si alguna otra organización como las mencionadas anteriormente paga todos o parte de sus gastos de bolsillo por medicamentos, usted tiene la obligación de informárselo a nuestro

plan. Llame a Servicio a los Miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

- **Nosotros le 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 sus gastos de bolsillo por medicamentos (en la Sección 3 de este capítulo encontrará información al respecto). Cuando usted alcanza un total de gastos de bolsillo de **\$5,100** en un año, en este informe se indicará que ha pasado de la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.
- **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 para Catástrofes, nuestro plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que entra en la Etapa de Cobertura para Catástrofes, permanecerá en esta etapa el resto del año

Usted califica para avanzar a la Etapa de Cobertura para Catástrofes cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de **\$5,100** en un año calendario. Una vez que llega a la Etapa de Cobertura para Catástrofes, permanecerá en ella durante el resto del año calendario. En esta etapa, el plan pagará la mayoría de los costos de los medicamentos.

Pagará **\$5** si es miembro del plan **Core**, **\$4** si es miembro del plan **Silver** y **\$3** si es miembro del plan **Gold** por medicamentos genéricos cubiertos (se incluyen medicamentos tratados como genéricos). Pagará **\$10** por medicamentos de marca y medicamentos especializados cubiertos, y **\$0** por vacunas inyectables de la Parte D cubiertas. Nosotros pagaremos el resto.

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 podría 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 informarse más sobre la cobertura de estas vacunas en el Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2.1 del Capítulo 4.

La cobertura de las 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).

- ♦ Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede encontrar más información sobre la cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, “Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y cuánto debe pagar usted)”.
- ♦ Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas 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, a continuación le presentamos tres formas comunes de obtener una vacuna de la Parte D.

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.
- ♦ Al 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 la aplicación).

Situación 3:

- Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y luego la lleva al consultorio del médico, donde se la aplican.
 - ♦ Usted deberá pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna.
 - ♦ Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total del 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 cobrado por el médico por la administración de la vacuna.

NOTA IMPORTANTE: Por lo general, cuando recibe una vacuna inyectable cubierta de la Parte D en un consultorio médico o clínica de inyectología de la red de Kaiser Permanente, **la vacuna inyectable no tiene costo**. Es posible que le enviemos una factura por la aplicación de la vacuna o por el copago de la visita al consultorio, si corresponde.

Sección 8.2 Le recomendamos que llame a Servicio a los Miembros antes de vacunarse

Si bien las reglas de cobertura para las vacunas pueden ser complicadas, estamos aquí para ayudarle. Le recomendamos que llame primero a Servicio a los Miembros cada vez que esté planeando vacunarse. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

- Le informaremos qué tipo de cobertura tendrá la vacuna según nuestro plan y qué parte del costo deberá pagar.
- También podemos decirle cómo ahorrar dinero si usa los proveedores y las farmacias de la red.
- Si no puede usar un proveedor y una farmacia de la red, podemos indicarle los pasos a seguir para solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde pagar.

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

SECCIÓN 1. Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios y medicamentos cubiertos	160
Sección 1.1 Si usted paga nuestra parte del costo de sus servicios y medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos un pago	160
SECCIÓN 2. Cómo solicitar el reembolso o el pago de una factura que recibió	162
Sección 2.1 Cómo y a dónde debe enviarnos su solicitud de pago	162
SECCIÓN 3. Consideraremos su solicitud de pago y responderemos “sí” o “no”	163
Sección 3.1 Verificaremos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto nos corresponde pagar	163
Sección 3.2 Si le respondemos que no pagaremos el total o una parte de la atención médica o del medicamento, usted puede presentar una apelación	164
SECCIÓN 4. Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos las copias	164
Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo en medicamentos	164

SECCIÓN 1. Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios y medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga nuestra parte del costo de sus servicios y medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos un pago

Cuando recibe atención médica o un medicamento de venta con receta, a veces debe pagar el costo total en el momento. En otras ocasiones, es posible que note que ha pagado más de lo que le correspondía según las reglas de cobertura de nuestro plan. En cualquiera de estos casos, puede solicitarnos que le devolvamos el dinero (este tipo de devolución de dinero a menudo se llama “reembolso”). Siempre que pague un porcentaje mayor al que le corresponde por medicamentos o servicios médicos cubiertos, tiene derecho a solicitar un reembolso.

También puede suceder que un proveedor le facture el costo total de un servicio médico que le proporcionó. En la mayoría de los casos, en lugar de pagar la factura, debe enviárnosla y nosotros determinaremos si los servicios deben tener cobertura. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

A continuación, se presentan ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió:

Cuando 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 recibe atención de emergencia o de urgencia de un proveedor que no es parte de nuestra red, usted solo es responsable de pagar la parte del costo que le corresponde, no el costo total. Debe solicitar al proveedor que envíe una factura a nuestro plan por la parte que nos corresponde del costo.

- Si usted paga la totalidad del monto cuando recibe la atención, debe pedir que le reembolsemos 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 la parte del costo del servicio que le corresponde, determinaremos cuánto le debemos y le reembolsaremos nuestra parte.

Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted considera que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre nos facturan directamente y solo le cobran la parte del costo que le corresponde a usted. Sin embargo, a veces cometen errores y le cobran más de lo que le corresponde pagar.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales independientes como “facturación de saldos”. Esta protección (que evita que pague más del monto del costo compartido) se aplica incluso cuando nosotros le paguemos al proveedor menos de lo que este cobre por un servicio, y aun cuando haya una disputa y no le paguemos ciertos cargos al proveedor. Para obtener más sobre información sobre la “facturación de saldos”, 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 solucionaremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos que hizo y solicite que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto adeudado de acuerdo con nuestro plan.

Si se inscribe 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 pasó. La fecha de inscripción pudo haber sido incluso el año pasado).

Si usted se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó gastos de bolsillo por servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitar que le reembolsemos la parte de los costos que nos corresponde. 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 están impresos 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 que no pertenece a 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 médica. Cubrimos recetas médicas que se surtan en farmacias que no pertenecen a la red solamente en unas pocas situaciones especiales. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

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 médica.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que paguemos la parte del costo que nos corresponde.

Cuando paga el costo total de una receta médica en otras circunstancias

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

- Por ejemplo, el medicamento quizás no esté incluido en nuestra **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles 2019 de Kaiser Permanente** 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.
- Recuerde guardar el recibo y enviarnos una copia al solicitar el reembolso. En ciertos casos, es posible que debamos obtener más información de su médico para reembolsarle la parte del costo que nos corresponde.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto, “Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)”, tiene 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 a 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 están impresos 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 están impresos 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 ayudarle. 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 recibamos su solicitud de pago, le diremos si necesitamos que nos envíe información adicional. Si no es necesario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si determinamos que la atención médica o el medicamento tiene cobertura y usted cumplió todas las reglas para recibir esta atención o medicamento, pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si todavía no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (En el Capítulo 3 se explican las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos y en el Capítulo 5 se explican las reglas que debe seguir para obtener medicamentos de venta con receta de la Parte D cubiertos).
- Si determinamos que la atención médica o el medicamento no tiene cobertura, o que usted no cumplió todas las reglas, no pagaremos la parte del costo que nos corresponde. En su lugar, le enviaremos una carta donde le explicaremos por qué no enviamos el pago que ha solicitado e incluiremos información sobre su derecho a apelar esta decisión.

Sección 3.2 Si le respondemos que no pagaremos el total o una 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 quejas)”. La apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si nunca ha presentado una apelación, le será útil comenzar por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección de introducción que explica el proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones, y proporciona definiciones de términos como “apelación”. Después de leer la Sección 4, puede consultar la sección del Capítulo 9, que describe qué debe hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación para que se le reembolse un pago por un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación para un reembolso del pago por un medicamento, consulte la Sección 6.5 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 sus gastos de bolsillo en medicamentos

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 sus gastos de bolsillo. Esto puede ayudarle a calificar más rápidamente para la Etapa Cobertura para Catástrofes.

Las siguientes son dos situaciones en las que debe enviarnos copias de sus recibos e informarnos sobre lo que pagó por sus medicamentos:

1. Cuando compra un medicamento a un precio más bajo que el nuestro

A veces, cuando usted se encuentra en la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura, puede comprar un medicamento en una farmacia de la red a un precio menor al nuestro.

- Por ejemplo, una farmacia puede tener un precio especial de oferta para el medicamento. O usted puede tener una tarjeta de descuento que está fuera de nuestros beneficios y que ofrece un precio más bajo.
- A menos que se apliquen condiciones especiales, usted debe usar una farmacia de la red y su medicamento debe estar en nuestra Lista de Medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que los gastos de su bolsillo se tomen en cuenta para que usted califique para el periodo de cobertura para catástrofes.
- **Importante:** Si usted está en la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura, nosotros no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Sin embargo, si envía una copia del recibo, podemos calcular sus gastos de bolsillo correctamente y esto podría ayudarle a calificar más rápido para la Etapa del Periodo de Cobertura para Catástrofes.

2. Cuando obtiene un medicamento mediante un programa de asistencia para pacientes que ofrece una compañía farmacéutica

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia para pacientes que ofrece una compañía farmacéutica y está fuera de los beneficios de nuestro plan. Si obtiene algún medicamento por medio de un programa que ofrece una compañía farmacéutica, 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 se tomen en cuenta para que usted califique para el periodo de cobertura para catástrofes.
- **Importante:** Como usted obtiene su medicamento mediante un programa de asistencia para pacientes y no gracias a los beneficios de nuestro plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de este medicamento. Sin embargo, si envía una copia del recibo, podemos calcular sus gastos de bolsillo correctamente y esto podría ayudarle a calificar más rápido para la Etapa del Periodo de Cobertura para Catástrofes.

Debido a que usted no solicita un pago en los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. 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 miembro de nuestro plan	167
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)	167
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)	167
Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento	168
Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que tenga acceso en tiempo y forma a los servicios y medicamentos cubiertos.....	168
Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal	169
Sección 1.5 Debemos proporcionarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos.....	170
Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención.....	171
Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedir que reconsideremos nuestra decisión	173
Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si considera que se lo está tratando de manera injusta o no se están respetando sus derechos?	173
Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos	174
Sección 1.10 Información sobre las evaluaciones de nueva tecnología.....	174
Sección 1.11 Usted puede realizar sugerencias sobre derechos y responsabilidades	174
SECCIÓN 2. Usted tiene algunas responsabilidades por ser miembro de nuestro plan	174
Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?	174

SECCIÓN 1. Debemos respetar sus derechos como miembro de nuestro plan

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 **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.

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 1.2 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, incapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, expediente médico, información genética, prueba de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información al respecto o si 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 la Oficina local de Derechos Civiles de su localidad.

Si tiene una incapacidad y necesita ayuda para tener acceso a la atención, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos 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 ayudarle.

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 que le proporcione y coordine 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 están impresos en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo), un proveedor de servicios de salud mental y un proveedor de exámenes de la vista de rutina sin una referencia, así como a los demás 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 plazo razonable. Esto incluye el derecho a recibir servicios de especialistas de forma oportuna cuando los necesita. También tiene el derecho de que se le surtan o resurtan sus recetas médicas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin retrasos prolongados.

Si considera que no recibe la atención médica y los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en la Sección 10 del Capítulo 9 de este folleto, encontrará información sobre qué puede hacer al respecto. (Si le negamos cobertura de atención médica o de medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 4 del Capítulo 9 le informa 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 para tener acceso a la información y limitar el uso de su información médica. Le entregamos un aviso por escrito, llamado “Aviso de 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 pedirle permiso por escrito a usted. Usted o alguien que usted haya designado 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, en las que no es necesario que le solicitemos previamente permiso por escrito.
 - ♦ 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 por medio de Medicare, también debemos compartir su información médica con Medicare, incluida la información relacionada con sus medicamentos de venta con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a las normas y estatutos federales.

Usted tiene derecho a ver la información que aparece en sus expedientes y a saber cómo se comparte con otros

Usted tiene derecho a consultar su historia clínica que guarda nuestro plan y a recibir una copia. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos datos o corrijamos la información que aparece en su historia clínica. Si nos pide que lo hagamos, colaboraremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben hacerse.

Tiene derecho a 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 están impresos 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 derecho a recibir varios tipos de información de nosotros. (Como se explica en la Sección 1.1 anterior, tiene derecho a que le proporcionemos la información de manera que le resulte conveniente. 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 están impresos 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 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 de nuestra red.
 - ♦ Para ver una lista de los proveedores de nuestra red, consulte el **Directorio de Proveedores**.
 - ♦ Para ver una lista de las farmacias 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 están impresos 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, las restricciones que se aplican a su cobertura y las reglas que debe seguir para recibir los servicios médicos cubiertos.
 - ♦ Para obtener detalles sobre su cobertura de medicamentos de venta con receta 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 las reglas o restricciones, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos 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 para usted, o si 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 que no pertenece a la red.
 - ♦ Si no está conforme o 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

solicitarlos que cambiemos esta decisión. Puede pedirnos que cambiemos de decisión mediante una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si un servicio o artículo no tiene la cobertura que usted piensa que debería tener, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Este capítulo 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).

- ♦ Para averiguar cómo solicitarlos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que recibió por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

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 un servicio de atención médica, tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Los proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento de tal manera que usted pueda comprenderlas.

También tiene derecho a participar en todas las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre el tratamiento más adecuado para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Recibir información sobre todas las opciones disponibles.** Esto significa que tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición 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 completamente responsable de lo que pudiera sucederle a su cuerpo como consecuencia de esto.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para la atención médica.** Si un proveedor se niega a proporcionarle la atención que usted considera que debe recibir, tiene derecho a recibir una explicación al respecto de nuestra parte. Si desea una explicación, debe solicitarlos 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 sus propias decisiones relacionadas con su atención médica

A veces, como consecuencia de un accidente o una enfermedad grave, una persona queda imposibilitada para tomar decisiones sobre su atención médica. Tiene derecho a indicarnos qué desea que se haga si en algún momento le sucede algo como esto. Esto significa que, si lo desea, puede:

- Llenar un formulario por escrito para otorgar a una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre si usted no puede hacerlo.
- Dar a sus médicos instrucciones por escrito sobre cómo desea que gestionen su atención médica si algún día se vuelve incapaz de tomar decisiones usted mismo.

El documento legal que puede usar en estas situaciones para transmitir sus indicaciones 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 proporcionar 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 por medio de organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. Puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos 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 le 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 sus 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 ahí 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 o que tenga que presentar una queja o una apelación para cambiar una decisión sobre la cobertura. 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 están impresos 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 **1-800-368-1019** o a TTY al **1-800-537-7697**, 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 están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- 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 están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede llamar a SHIP. 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”. (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 cubiertos. 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 están impresos 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?**

Lo que necesita hacer como miembro de nuestro plan se menciona a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe cumplir para obtenerlos.** Use este folleto de **Evidencia de Cobertura** para saber 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, que incluyen 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 de venta con receta de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otro tipo de cobertura de seguro médico o para medicamentos de venta con receta 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 están impresos en la contraportada de este folleto).
 - ♦ Tenemos la obligación de seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted esté usando toda su cobertura combinada cuando obtiene los servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina “coordinación de beneficios” porque se deben coordinar los beneficios médicos y para medicamentos que le ofrecemos con los que recibe por medio de otros planes. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la “coordinación de beneficios”, consulte la Sección 10 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 de venta con receta de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a atenderlo mejor; proporcióneles toda la información que necesitan, hágales preguntas y siga sus instrucciones de tratamiento.**
 - ♦ Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de atención médica a proporcionarle la mejor atención posible, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y proporcióneles 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 objetivos de tratamiento 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:
 - ♦ Debe pagar las primas del plan para seguir siendo miembro de nuestro plan (consulte la Sección 4.1 del Capítulo 1).

- ♦ Para poder calificar para nuestro plan, debe tener Medicare Parte A y Parte B. Algunos miembros del plan deben pagar una prima para Medicare Parte A. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima para Medicare Parte B para seguir siendo miembros de nuestro plan.
- ♦ Al recibir la mayor parte de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar el porcentaje del costo que le corresponde, 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 de venta con receta 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 de venta con receta.
- ♦ Si se le solicita que pague una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Infórmenos 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 están impresos 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 ayudarle 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 informarle si disponemos de un plan en su nueva área.
 - ♦ Necesitamos que nos informe sobre su nuevo domicilio, aunque se encuentre dentro de nuestra área de servicio para mantener actualizado el registro de su membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
 - ♦ Si se muda, también es importante que informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios). 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 están impresos 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	180
Sección 1.1 Qué hacer en caso de tener un problema o una inquietud	180
Sección 1.2 ¿Y los términos legales?	180
SECCIÓN 2. Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén conectadas con nosotros	181
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada	181
SECCIÓN 3. ¿Qué proceso debe usar para solucionar su problema?	182
Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso de decisiones sobre la cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas?	182

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4. Guía básica sobre apelaciones y decisiones de cobertura	182
Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: <i>Panorama general</i>	182
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión sobre la cobertura o presenta una apelación.....	183
Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles sobre <u>su</u> situación?.....	184
SECCIÓN 5. Su atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación.....	185
Sección 5.1 Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte de los costos de su atención.....	185
Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura (cómo solicitar que autoricemos o proporcionemos la cobertura para la atención médica que desea)	186
Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión para una decisión sobre la cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)	190

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

Sección 5.4	Paso a paso: Cómo se realiza una Apelación de Nivel 2.....	193
Sección 5.5	¿Qué sucede si usted nos solicita que paguemos nuestra parte de los costos de una factura que recibió por atención médica?	195
SECCIÓN 6.	Sus medicamentos de venta con receta de la Parte D: ¿Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación	196
Sección 6.1	En esta sección, se explica qué debe hacer si tiene problemas para obtener los medicamentos de la Parte D o si desea un reembolso por un medicamento de la Parte D.....	196
Sección 6.2	¿Qué es una excepción?.....	198
Sección 6.3	Información importante que debe saber para solicitar excepciones	200
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción	201
Sección 6.5	Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión sobre la cobertura tomada por nuestro plan).....	204
Sección 6.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	207
SECCIÓN 7.	Cómo solicitarnos una cobertura para una extensión de la hospitalización si considera que su médico le da de alta muy pronto	209
Sección 7.1	Durante su estancia como paciente hospitalizado, usted recibirá una notificación escrita por parte de Medicare que le indicará sus derechos	209
Sección 7.2	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria.....	211
Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria.....	214
Sección 7.4	¿Qué sucede si no presenta una Apelación de Nivel 1 en el plazo indicado?	215
SECCIÓN 8.	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura termina demasiado pronto.....	218
Sección 8.1	<i>Esta sección trata solo sobre tres servicios:</i> 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).....	218
Sección 8.2	Le informaremos con anticipación sobre la finalización de su cobertura	219

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	219
Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	222
Sección 8.5 ¿Qué sucede si no presenta una Apelación de Nivel 1 en el plazo indicado?	223
SECCIÓN 9. Cómo presentar una Apelación de Nivel 3 y superior	226
Sección 9.1 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de Servicios Médicos	226
Sección 9.2 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de Medicamentos de la Parte D.....	227

Cómo presentar quejas

SECCIÓN 10. Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	229
Sección 10.1 ¿De qué tipo de problemas se encarga el proceso de quejas?.....	229
Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer una queja formal”	230
Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja.....	231
Sección 10.4 Usted también puede presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.....	232
Sección 10.5 También puede informarle a Medicare sobre su queja.....	232

Antecedentes

SECCIÓN 1. Introducción

Sección 1.1 Qué hacer en caso de tener un problema o una inquietud

En este capítulo se explican dos tipos de procesos para solucionar problemas e inquietudes:

- Para ciertos problemas, debe usar el proceso de toma de decisiones sobre la cobertura y apelaciones.
- Para otros tipos de problemas, debe usar el proceso para presentar quejas.

Ambos 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?

Esto depende del tipo de problema que tenga. La guía que aparece en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto.

Sección 1.2 ¿Y los términos legales?

Algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo tienen nombres legales técnicos. La mayoría de la gente no está familiarizada con muchos de estos términos y pueden ser difíciles de entender.

Para evitar confusiones, en este capítulo hemos decidido omitir ciertos términos legales y usar palabras simples para explicar las reglas y los procedimientos legales. Por ejemplo, decimos “presentar una queja” en lugar de “interponer una queja formal”, “decisión sobre la cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También tratamos en lo posible de evitar el uso de abreviaturas.

No obstante, a veces puede ser útil (e importante) conocer el término legal correcto aplicable a su situación. Saber qué términos usar puede ayudarle a comunicar su problema de forma más clara y precisa, y a obtener la ayuda y la información adecuadas que necesita para su caso en particular. Para ayudarle a saber qué términos debe usar, al explicar los detalles sobre qué hacer en situaciones específicas, hemos incluido los términos legales correspondientes.

SECCIÓN 2. 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 limitado de energía. 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 sobre Seguro Médico (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 ayudarle a entender qué proceso usar para solucionar su problema. También pueden responder sus preguntas, proporcionarle más información y darle indicaciones sobre qué debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP no tienen costo. Encontrará los números de teléfono 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 comunicarse 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://www.medicare.gov>).

SECCIÓN 3. ¿Qué proceso debe usar para solucionar su problema?

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso de decisiones sobre la cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o inquietud, solamente necesita leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La siguiente guía le ayudará.

Para averiguar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud, *COMIENCE AQUÍ*:

¿Su problema o inquietud está relacionado con los beneficios o la cobertura?

(Esto incluye, problemas relacionados con la cobertura de un tipo de atención médica o medicamentos de venta con receta específicos, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o medicamentos de venta con receta).

- **Sí, mi problema se relaciona con los beneficios o la cobertura:**

Consulte la siguiente sección de este capítulo, la Sección 4: “Guía básica sobre apelaciones y decisiones de cobertura”.

- **No, mi problema no se relaciona con los beneficios o la cobertura:**

Pase a la Sección 10 al final de este capítulo: “Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”.

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4. Guía básica sobre apelaciones y decisiones de cobertura

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: *Panorama general*

El proceso de decisiones sobre la cobertura y apelaciones se usa para problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos de venta con receta, 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 sobre la cobertura es cuando tomamos una decisión sobre los beneficios y la cobertura, o sobre cuánto pagará el plan por los servicios médicos y los medicamentos que usted

usa. Por ejemplo, su médico de la red toma una decisión (favorable) sobre la cobertura siempre que usted recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red lo refiere a un médico especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión sobre la cobertura, en caso de que su médico no esté seguro 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 sobre la cobertura.

También tomamos una decisión sobre la cobertura cuando determinamos qué tiene cobertura para usted y cuánto pagamos nosotros. En algunos casos podemos decidir que un servicio o medicamento no tiene cobertura o que Medicare ya no lo cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión sobre la cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión sobre la cobertura y 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, esto 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 acelerada de una decisión sobre la cobertura.

Si respondemos que **no** a toda o a parte de su Apelación de Nivel 1, puede pasar a la Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 estará a cargo de una organización independiente sin relación con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una Apelación de Nivel 2. Le informaremos si esto sucede. En otras situaciones, usted tendrá que solicitar la Apelación de Nivel 2). Si usted no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, puede pasar a varios niveles más de apelación.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión sobre la 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 están impresos en la contraportada de este folleto).
- Para obtener ayuda sin costo de una organización independiente que no tiene relación con nuestro plan, comuníquese con el personal del **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico de su área** (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.**

- ♦ Para asuntos de atención médica, su médico puede solicitar una decisión sobre la 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 de venta con receta de la Parte D, su médico u otro profesional que expida recetas puede solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una Apelación de Nivel 1 o 2 por usted. Para presentar una Apelación de Nivel 2 en adelante, su médico u otro profesional que expida recetas 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, su médico u otro proveedor, o bien otra persona sea su representante, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos 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/cms1696.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 comunicarse con su propio abogado o bien obtener el nombre de uno por medio del colegio local de abogados o de otro servicio de referencias. También existen grupos que ofrecen servicios legales sin costo, si usted califica para recibirlos. Sin embargo, contratar un abogado no es un requisito para solicitar ningún tipo de decisión sobre la cobertura ni para apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles sobre su situación?

Hay cuatro tipos diferentes de situaciones que se relacionan con las 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 5** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación”.
- La **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos de venta con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación”.
- La **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos una cobertura para una extensión de la hospitalización si considera que su médico le da de alta muy pronto”.

- La **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura termina demasiado pronto” (solo se aplica a los siguientes servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y atención en un 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 están impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como SHIP (en la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto se encuentran los números de teléfono de este programa).

SECCIÓN 5. Su atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (“Guía de información básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones”)? Si no lo ha hecho, le recomendamos que lo haga antes de empezar esta sección.

Sección 5.1 Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte de los costos de su atención

En esta sección se describen sus beneficios para servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto: “Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)”. Para simplificar las cosas, en el resto de esta sección, en general, usamos los términos “cobertura de atención médica” o “atención médica” para no repetir continuamente “servicios o tratamientos o atención médica”.

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 considera que nuestro plan lo cubre.
2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desean proporcionarle y usted considera que nuestro plan la cubre.
3. Recibió servicios o atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, pero nos negamos a pagar por ellos.
4. Recibió y pagó servicios o atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir 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 un centro de enfermería especializada o en un Centro 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 7 del Capítulo 9:** “Cómo solicitarnos una cobertura para una extensión de la hospitalización si considera que su médico le da de alta muy pronto”.
- La **Sección 8 del Capítulo 9:** “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura termina demasiado pronto”. Esta sección es sobre tres servicios únicamente: atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada y servicios de un CORF.

Para todas las demás situaciones en que le informen que la atención médica que recibe será suspendida, use esta sección (Sección 5) como guía para saber qué debe hacer.

¿Cuál de las siguientes situaciones 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?	Puede pedirnos que tomemos una decisión sobre la cobertura para usted. Vaya a la siguiente sección de este capítulo, la Sección 5.2 .
¿Ya le informamos que no cubriremos o pagaremos por un servicio médico que usted desea?	Puede presentar una apelación (Esto significa que nos solicita que reconsideremos la decisión). Pase a la Sección 5.3 de este capítulo.
¿Desea que le reembolsemos el monto por la atención o los servicios médicos que usted ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Consulte la Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura
(cómo solicitar que autoricemos o proporcionemos la cobertura para la atención médica que desea)

Términos Legales

Cuando una decisión sobre la cobertura involucra su atención médica, se denomina “**determinación de la organización**”.

Paso 1: Usted nos pide que tomemos una decisión sobre la cobertura de la atención médica que solicita. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitarnos una “decisión acelerada sobre la cobertura”.

Términos Legales
Una “decisión acelerada sobre la cobertura” se denomina “ determinación 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 comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección que se llama “Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una queja sobre su atención médica”.

Por lo general, usamos el plazo estándar para tomar la decisión

Usaremos un plazo “normal” para tomar nuestra decisión, a menos que hayamos acordado responderle en un plazo “acelerado”. **Una decisión normal sobre la cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario a partir del 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 historias clínicas de proveedores que no pertenecen 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 acelerada” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta una queja acelerada, le respondemos en un plazo de 24 horas. (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, incluidas las quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una “decisión acelerada sobre la cobertura”.

- **Una decisión acelerada 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 (como historias clínicas de proveedores que no pertenecen a la red) o si necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito.
 - ♦ Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja acelerada” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. (Para obtener más

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

información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Nos comunicaremos con usted una vez que hayamos tomado la decisión.

- **Para obtener una decisión acelerada sobre la cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
 - ♦ Puede obtener una decisión acelerada sobre la cobertura solo si solicita cobertura para atención médica que aún no ha recibido. (No puede obtener una decisión acelerada sobre la cobertura si la solicitud es para el pago de atención médica que ya recibió).
 - ♦ Puede obtener una decisión acelerada sobre la cobertura solo si los plazos normales podrían afectar gravemente su salud o dañar su capacidad de llevar a cabo sus funciones de forma normal.
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una “decisión acelerada sobre la cobertura”,** aceptaremos automáticamente proporcionársela.
- **Si solicita una decisión acelerada sobre la cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico,** nosotros decidiremos si su estado de salud requiere una decisión acelerada sobre la cobertura.
 - ♦ Si determinamos que su condición médica no reúne los requisitos para una decisión acelerada sobre la cobertura, le enviaremos una carta con una explicación (y usaremos en cambio el plazo normal).
 - ♦ En la carta también le indicaremos que, si su médico solicita una decisión acelerada sobre la cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
 - ♦ Esta carta también le dirá cómo puede presentar una “queja acelerada” acerca de nuestra decisión de darle una decisión normal sobre la cobertura en vez de la decisión acelerada sobre la cobertura que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos una respuesta.

Plazo para una “decisión acelerada sobre la cobertura”

- Por lo general, una decisión acelerada sobre la cobertura significa que le responderemos **en un plazo de 72 horas.**
 - ♦ Como se explicó antes, en ciertas circunstancias **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más.** Si determinamos que necesitamos 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 acelerada” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta una queja acelerada, le respondemos en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - ♦ Si no le respondemos en un plazo de 72 horas (o si se prolonga ese periodo, al finalizar ese plazo), tiene derecho a presentar una apelación. La Sección 5.3, que se encuentra a continuación, le indica cómo presentar 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 a partir del momento en que recibimos la solicitud. Si usamos un periodo extendido para tomar la decisión sobre la cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al final de tal 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 normal sobre la cobertura”

- Por lo general, una decisión normal sobre la cobertura implica que le responderemos **en un plazo de 14 días calendario a partir del momento en que recibamos la solicitud**.
 - ♦ Podemos tardarnos hasta 14 días calendario más (“un periodo extendido”) en determinadas circunstancias. Si determinamos que necesitamos 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 acelerada” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta una queja acelerada, le respondemos en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - ♦ Si no le damos una respuesta en un plazo de 14 días calendario (o si se prolonga ese periodo, al finalizar ese plazo), tiene derecho a presentar una apelación. La Sección 5.3, que se encuentra a continuación, le indica cómo presentar una apelación.
- Si respondemos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 14 días calendario a partir del momento en que recibamos la solicitud. Si usamos un periodo extendido para tomar la decisión sobre la cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al final de tal periodo extendido.
- Si nuestra respuesta es **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una explicación por escrito del motivo de nuestra respuesta negativa.

Paso 3: Si respondemos que no a su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si respondemos que **no**, tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos y tal vez cambiemos nuestra decisión. Una apelación es otro intento de obtener la cobertura para la atención médica que desea.
- Si desea presentar una apelación, significa que usará el Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión para una decisión sobre la cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)

Términos Legales

Una apelación presentada ante nuestro plan en relación con una decisión sobre la 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 acelerada”.

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 para presentar una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos de venta con receta 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 para representarlo. Para conseguir el formulario, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada 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/cms1696.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 posteriores a 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 acelerada, preséntela por escrito o llámenos al** número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, “Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos de venta con receta de la Parte D”.
- **Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha que aparezca en el aviso por escrito** que le enviemos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión sobre la cobertura. Si no presenta 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 el plazo pueden ser, entre otros, 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 para 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 acelerada” (puede hacerlo por teléfono).

Términos Legales
Una “apelación acelerada” 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 acelerada”.
- Los requisitos y los procedimientos para presentar una “apelación acelerada” son los mismos que para una “decisión acelerada sobre la cobertura”. Para solicitar una apelación acelerada, siga las mismas instrucciones que usa para pedir una decisión acelerada sobre la cobertura (las instrucciones se proporcionan arriba en esta sección).
- Le proporcionaremos una “apelación acelerada” si su médico nos informa que la necesita debido a su estado de salud.

Paso 2: Analizamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos que hayamos seguido todas las reglas cuando respondimos **no** a su solicitud.
- Si necesitamos más información, es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una “apelación acelerada”

- Cuando usemos los plazos acelerados, debemos darle una respuesta dentro de las **72 horas** a partir del momento en que recibamos su apelación. 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 podría beneficiarlo, **podemos tardarnos hasta 14 días calendario más**. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
 - ♦ Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al finalizar el periodo extendido, 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

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

sección se incluye información sobre esta organización y se explica qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- Si respondemos que **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 a partir del momento en que recibamos la apelación.
- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si presenta una apelación normal, debemos responderle **en un plazo de 30 días calendario** a partir del momento en que recibamos su apelación, si esta es sobre la cobertura de un servicio que aún no ha recibido. Le daremos una respuesta antes si es necesario debido a su condición de salud.
 - ♦ Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que podría 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 acelerada” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta una queja acelerada, le respondemos en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - ♦ Si no le damos una respuesta en el plazo indicado arriba (o al final del periodo extendido, si necesitamos más días), debemos enviar 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 incluye información sobre esta organización de revisión y se explica qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si respondemos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado brindar en un plazo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos la apelación.
- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan responde que *no* a parte o a la totalidad de su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de haber cumplido todas las normas al responder que **no** a 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 el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza 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 le 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. Esta organización es una compañía que Medicare eligió para que se desempeñe como 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”. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente del caso. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
- También tiene derecho a entregar a la Organización de Revisión Independiente cualquier información adicional que usted considere que puede ayudarle con su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si presentó una “apelación acelerada” de Nivel 1, también tendrá una “apelación acelerada” de Nivel 2

- Si presentó una apelación acelerada ante nuestro plan de Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación acelerada de Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas a partir del momento en que reciba su apelación.**
- Sin embargo, la Organización de Revisión Independiente puede tardar hasta 14 días calendario más si necesita obtener más información que pudiese ser beneficiosa para usted.

Si presentó una “apelación estándar” de Nivel 1, también tendrá una “apelación estándar” de Nivel 2.

- Si presentó una apelación estándar de Nivel 1 ante nuestro plan, automáticamente recibirá una apelación estándar de Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 30 días calendario a partir del momento en que reciba su apelación.

- Sin embargo, la Organización de Revisión Independiente puede tardar hasta 14 días calendario más 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 de esta.

- Si la organización de revisión responde que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión, para las solicitudes estándares, o en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión, para las solicitudes aceleradas.
- Si esta organización responde que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama “respaldar la decisión” y también “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 de atención médica solicitada debe ser equivalente a cierta cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación, lo que significa que la decisión de Nivel 2 será 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 los requisitos, usted decide si desea pasar al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y su caso cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, 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 o de un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿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 determinada atención médica, lea el Capítulo 7 de este folleto “Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos”. En el Capítulo 7 se describen situaciones en las que es posible que deba solicitar al plan un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También se explica cómo debe enviarnos los documentos necesarios para solicitarnos el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión sobre la cobertura

Al enviarnos la documentación para solicitarnos un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión sobre la cobertura (para obtener más información sobre estas decisiones, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar la decisión sobre la cobertura, primero determinaremos si la atención médica por la que usted pagó era un servicio cubierto; consulte el Capítulo 4: “Tabla de Beneficios Médicos (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 *sí* o *no* a su solicitud

- Si la atención médica que pagó tiene cobertura y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario a partir del momento en que recibamos su solicitud. Por otro lado, si aún no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (Enviar el pago es lo mismo que responder **sí** a su solicitud de una decisión sobre la cobertura).
- Si la atención médica no tiene cobertura, o usted no cumplió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta para explicarle detalladamente que no pagaremos los servicios y los motivos. (Cuando rechazamos su solicitud de pago es lo mismo que responder **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 está pidiendo que cambiemos la decisión sobre la cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga los pasos del proceso de apelaciones que se describen en la Sección 5.3. 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 a partir del 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 acelerada).

- 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 la respuesta a su apelación es **sí** en cualquiera de los niveles posteriores al Nivel 2 del proceso de apelaciones, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6. Sus medicamentos de venta con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (“Guía de información básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones”)? Si no lo ha hecho, le recomendamos que lo haga antes de empezar esta sección.

Sección 6.1 En esta sección, se explica qué debe hacer si tiene problemas para obtener los medicamentos de la Parte D o si desea un reembolso por un medicamento de la Parte D

Entre sus beneficios como miembro de nuestro plan se incluye la cobertura de muchos medicamentos de venta con receta. 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 el uso de un medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información acerca de las indicaciones aceptadas desde el punto de vista médico).

- **En esta sección, se explican solo los medicamentos de la Parte D.** Para evitar confusiones, generalmente decimos “medicamento” en el resto de esta sección, en vez de repetir cada vez “medicamento de venta con receta cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”.
- Para obtener más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, consulte la **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente 2019**; para las reglas y las restricciones de cobertura, e información sobre los costos, consulte el Capítulo 5 (“Cómo usar la cobertura de nuestro plan para obtener medicamentos de venta con receta de la Parte D”) y el Capítulo 6 (“Cuánto paga por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D”).

Apelaciones y decisiones sobre la cobertura de la Parte D

Como se discutió en la Sección 4 de este capítulo, una decisión sobre la cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos Legales
Una decisión inicial sobre la cobertura de sus medicamentos de la Parte D se llama una “ determinación de cobertura ”.

A continuación, se incluyen algunos ejemplos de decisiones sobre la cobertura que usted puede solicitar para los medicamentos de la Parte D:

- Solicitarnos que hagamos una excepción, lo que incluye:
 - ♦ 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).
 - ♦ Solicitarnos pagar un monto menor del costo compartido de un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor.
- Preguntarnos si su cobertura incluye un determinado medicamento y si usted cumple las reglas de cobertura aplicables. 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 sobre la cobertura.
- Solicitarnos que paguemos un medicamento de venta con receta 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 la siguiente tabla como ayuda para determinar en qué parte se incluye la información que necesita:

¿Cuál de las siguientes situaciones aplica a su caso?

¿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?	¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y considera que cumple alguna regla o restricción del plan (como obtener aprobación previa) para el medicamento que necesita?	¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y por el que ya pagó?	¿Ya le informamos que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la forma que desea que se cubra o pague?
Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Es un tipo de decisión sobre la cobertura). Comience con la Sección 6.2 de este capítulo.	Puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Vaya a la Sección 6.4 de este capítulo.	Puede solicitarnos un reembolso. (Es un tipo de decisión sobre la cobertura). Vaya a la Sección 6.4 de este capítulo.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Consulte la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no tiene la cobertura que usted desea, puede solicitarnos 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 expida recetas deben explicar los motivos médicos. Evaluaremos su solicitud. A continuación, se muestran tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que expida recetas pueden solicitar:

1. **Cubrir 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 de medicamentos recetados disponibles ”.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no se incluye en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar el costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos). Usted no puede solicitar una excepción para el monto de copago o coseguro que requerimos que usted pague por el medicamento.
2. **Retirar 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** (para obtener más información, 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 a la lista de medicamentos recetados disponibles ”.

- 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 aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Algunas veces, esto se llama “autorización previa”).
 - Si aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción, puede solicitar una excepción para el monto del copago o coseguro que deba pagar por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Cada medicamento en nuestra Lista de Medicamentos se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, entre más bajo sea el nivel de costo compartido, más bajo será la parte del costo del medicamento que usted deberá pagar.

Términos Legales
Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto se llama en ocasiones una “ excepción de nivel ”.

- Si la Lista de Medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que están en un nivel menor de costo compartido que su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento por el monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos. Esto podría disminuir su parte del costo del medicamento.
 - ♦ Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento por el monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene los medicamentos alternativos de marca para tratar su condición.
 - ♦ Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento por el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene los medicamentos alternativos de marca o genéricos para tratar su condición.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento de Nivel 5 (medicamentos especializados).
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel inferior de costo compartido con los medicamentos alternativos que no puede tomar, normalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Información importante que debe saber para solicitar excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que expida recetas deben enviarnos una declaración donde se expliquen los motivos médicos para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápido, recuerde incluir esta información médica de su médico u otro profesional que expida recetas al solicitar la excepción.

En general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una determinada condición. Estas diversas opciones se llaman medicamentos “**alternativos**”. En general, no aprobaremos su solicitud de una excepción si se establece que un medicamento alternativo tendría la misma eficacia que el medicamento que solicita y no provocaría más efectos secundarios u otros problemas de salud. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general, no la aprobaremos a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido inferiores no sean adecuados para usted.

Responderemos **sí** o **no** a su solicitud

- Si aceptamos su solicitud de una excepción, por lo general la aprobación tendrá validez hasta el final del año del plan, siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si respondemos que **no** a su solicitud de una excepción, tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. En la Sección 6.5 se explica cómo presentar una apelación cuando respondemos que no.

En la siguiente sección se explica cómo solicitar decisiones sobre la cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción

Paso 1: Usted nos solicita tomar una decisión sobre la cobertura de los medicamentos o el pago que usted necesita. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitarnos una “decisión acelerada sobre la cobertura”. No puede pedir una decisión acelerada sobre la cobertura si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró.

Qué debe hacer:

- **Solicite el tipo de decisión sobre la 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 expida recetas) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones sobre la cobertura por medio de nuestro sitio web. Para obtener más detalles, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección “Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una queja sobre sus medicamentos de venta con receta de la Parte D”. Si nos va a pedir que le reembolsemos el 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 recibió”.
- **Usted, su médico o su representante** pueden solicitar una decisión sobre la cobertura. En la Sección 4 de este capítulo, se explica cómo puede designar a una persona como su representante mediante un permiso por escrito. 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 solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió 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 la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ya pagó.
- **Si solicita una excepción, recuerde incluir la “declaración de respaldo”.** Su médico u otro profesional que expida recetas deben indicarnos los motivos médicos para solicitar la excepción. (A esto lo llamamos la “declaración de apoyo”). Su médico u otro profesional que expida recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O el médico u otro profesional que expida recetas también pueden explicarnos los motivos por teléfono y, si es necesario, enviarnos después la declaración escrita por fax o correo. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 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 la Cobertura Modelo CMS, que está disponible en nuestro sitio web.

Términos Legales
Una “decisión acelerada sobre la cobertura” se denomina “ determinación acelerada de cobertura ”.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una “decisión acelerada sobre la cobertura”.

- Usaremos un plazo “normal” para tomar nuestra decisión, a menos que hayamos acordado responderle en un plazo “acelerado”. Una decisión normal sobre la cobertura significa que le responderemos en un plazo de **72 horas a partir del momento en que recibamos la declaración de su médico**. Una decisión acelerada sobre la cobertura significa que le responderemos en un plazo de 24 horas a partir del momento en que recibamos la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión acelerada sobre la cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
 - ♦ Puede obtener una decisión acelerada sobre la cobertura solo si la solicita para un medicamento que aún no haya recibido. (Usted no puede obtener una decisión acelerada sobre la cobertura si solicita el reembolso de un medicamento que ya compró).
 - ♦ Puede obtener una decisión acelerada sobre la cobertura solo si los plazos normales podrían afectar gravemente su salud o dañar su capacidad de llevar a cabo sus funciones de forma normal.
- **Si su médico u otro profesional que expida recetas nos informa que, debido a su problema médico, se necesita una “decisión acelerada sobre la cobertura”,** se la proporcionaremos automáticamente.
- **Si solicita una decisión acelerada sobre la cobertura por su cuenta** (sin el respaldo de su médico u otro profesional que expida recetas), nosotros decidiremos si su estado de salud requiere una decisión acelerada sobre la cobertura.
 - ♦ Si determinamos que su condición médica no reúne los requisitos para una decisión acelerada sobre la cobertura, le enviaremos una carta con una explicación (y usaremos en cambio el plazo normal).
 - ♦ En la carta también le indicaremos que, si su médico u otro profesional que expida recetas solicitan una decisión acelerada sobre la cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
 - ♦ Y le explicaremos además cómo presentar una queja para cambiar nuestra decisión de usar una decisión normal sobre la cobertura en lugar de la acelerada que usted solicita. En la carta se describe cómo presentar una “queja acelerada” para que le demos una respuesta en un plazo de 24 horas a partir del momento en que recibamos 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 10 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazo para una “decisión acelerada sobre la cobertura”

- Cuando usemos los plazos “acelerados”, debemos darle una respuesta **en 24 horas**.
 - ♦ Por lo general, esto significa 24 horas a partir del momento en que recibamos la solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas a partir del momento en que recibamos la declaración de su médico respaldando su solicitud. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
 - ♦ Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente sin relación con el plan. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si respondemos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 24 horas a partir del momento en que recibamos su solicitud o la declaración de su médico 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 respondimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión “normal” sobre la cobertura de un medicamento que aún no ha recibido

- Si presenta una apelación normal, debemos darle una respuesta en un **plazo de 72 horas**.
 - ♦ Por lo general, esto significa un plazo de 72 horas a partir del momento en que recibamos la solicitud. Si solicita una excepción, le responderemos en un plazo de 72 horas a partir del momento en que recibamos una declaración de su médico que respalde su solicitud. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
 - ♦ Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si respondemos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud:
 - ♦ Si aceptamos su solicitud de cobertura, debemos ofrecer la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 72 horas a partir del momento en que recibamos su solicitud o una declaración de su médico que respalde 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 respondimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

Plazo para una “decisión normal sobre la cobertura” del pago de un medicamento que ya compró

- Debemos dar nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** a partir del momento en que recibamos su solicitud.
 - ♦ Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si respondemos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, también debemos pagarle a usted en un plazo de 14 días calendario a partir del momento en que recibamos 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 respondimos que no 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 6.5 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión sobre la cobertura tomada por nuestro plan)

Términos Legales

Una apelación ante nuestro plan acerca de una decisión sobre la 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 acelerada”.

Qué debe hacer:

- **Para comenzar una apelación, usted (su representante, su médico u otro profesional que expida recetas) debe comunicarse con nosotros.**
 - ♦ Para obtener detalles acerca de cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, correo o mediante nuestro sitio web por cualquier asunto relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada “Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos de venta con receta de la Parte D”.
- **Presente una solicitud firmada por escrito si solicita una apelación normal.**

- **Si solicita una apelación acelerada, puede presentarla por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, “Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos de venta con receta de la Parte D”.**
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Determinación de la 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 aparezca en el aviso por escrito** que le enviemos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión sobre la cobertura. Si no presenta 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 el plazo pueden ser, entre otros, 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 para cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
 - ♦ Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que expida recetas pueden proporcionarnos información adicional para apoyar su apelación.

Términos Legales
Una “apelación acelerada” también se denomina “ reconsideración acelerada ”.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una “apelación acelerada”.

- Si planea apelar una decisión del plan sobre la cobertura de un medicamento que aún no ha recibido, usted, su médico u otro profesional que expida recetas deberán determinar si se necesita una “apelación acelerada”.
- Los requisitos para obtener una “apelación acelerada” son los mismos que los que se necesitan para una “decisión acelerada sobre la cobertura”, y se describen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Analizamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando el plan revisa su apelación, vuelve a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. 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 otro profesional que expida recetas para obtener más información.

Plazos para una “apelación acelerada”

- Si presenta una apelación acelerada, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas a partir del momento en que recibamos la apelación**. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
 - ♦ Si no le damos una respuesta en 72 horas, debemos mandar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la evalúe una Organización de Revisión Independiente. 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 que sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 72 horas a partir del momento en que recibamos la apelación.
- Si **respondemos que no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que **no** y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si presenta una apelación normal, debemos darle una respuesta **en un plazo de siete días calendario a partir del momento en que recibamos su apelación por un medicamento que no ha recibido**. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y es necesario debido a su condición médica. Si cree que necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una “apelación acelerada”.
- Si no le damos una respuesta en 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la evaluará una Organización de Revisión Independiente. 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 que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud:
 - ♦ Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos proporcionar la cobertura aprobada lo antes posible según sea necesario de acuerdo con su estado de salud, pero antes de que transcurran siete días calendario a partir del momento en que recibamos 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 a partir del momento en que recibamos la solicitud de apelación.
- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que **no** y cómo apelar nuestra decisión.
- Si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** a partir del momento en que recibamos su solicitud.
 - ♦ Si no le damos una respuesta en 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la evaluará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si respondemos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, también estaremos obligados a pagarle en un plazo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos 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 respondimos que no 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 pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte más adelante).

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si respondemos que **no** a su apelación, puede aceptar esta decisión o continuar con el proceso y presentar otra apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando respondimos que **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 le conoce como “ IRE ”.

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (su representante, su médico u otro profesional que expida recetas) 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 presentar una Apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente. Ahí se explicará quiénes pueden presentar esta Apelación de Nivel 2, qué plazos deben cumplir y cómo pueden 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”. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente del caso. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
- También tiene derecho a entregar a la Organización de Revisión Independiente cualquier información adicional que usted considere que puede ayudarle con su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión de su apelación y le proporciona una respuesta.

- **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.

Se trata de una compañía que Medicare escoge 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 comunicará su decisión por escrito y explicará los motivos de esta.

Plazo para una “apelación acelerada” de Nivel 2

- Si su salud así lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una “apelación acelerada”.
- Si acepta concederle una apelación acelerada, la organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas a partir del 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 a partir del momento en que recibamos la respuesta de la organización de revisión.

Plazo para una “apelación estándar” de Nivel 2

- Si usted presenta una apelación normal de Nivel 2, la organización de revisión debe responderle **en un plazo de 7 días calendario a partir de la fecha en que haya recibido la apelación**, si es por un medicamento que no ha recibido aún. Si solicita un reembolso 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 a partir de la fecha en que haya recibido su solicitud.
- Si la Organización de Revisión Independiente responde que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud:
 - ♦ Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos proporcionar esta cobertura para el medicamento aprobado en un plazo de 72 horas a partir del momento en que recibamos la respuesta de la organización.
 - ♦ Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que usted ya compró, tenemos la obligación de enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario a partir del 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 la 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” y también “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 ser equivalente a 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 será 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 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 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y su caso cumple 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, las instrucciones sobre cómo presentar una tercera apelación se encuentran 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 o de un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7. Cómo solicitarnos una cobertura para una extensión de la hospitalización si considera que su médico le da de alta muy pronto

Si usted es admitido en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar 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 Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)”.

Durante su hospitalización, colaborará con su médico y el personal del hospital con el fin de prepararse para el día en que será dado de alta. Ellos 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 **“fecha del alta hospitalaria”**.
- Una vez que se fija la fecha del alta hospitalaria, su médico o el personal del hospital se lo harán 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. En esta sección, se explica cómo presentar esta solicitud.

Sección 7.1 Durante su estancia como paciente hospitalizado, usted recibirá una notificación escrita por parte de Medicare que le indicará sus derechos

Durante su hospitalización cubierta, recibirá una notificación por escrito llamada **Un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos**. 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 social o un enfermero) debe entregársela dentro de los dos primeros días a partir de 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 están impresos en la contraportada de este folleto). 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**.

- 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 por Medicare durante y después de la 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 hospitalaria.
 - ♦ Su derecho a apelar la decisión sobre su alta hospitalaria si usted piensa que está siendo dado de alta muy pronto.

Términos Legales

La notificación escrita de Medicare le indica cómo puede “**solicitar una revisión inmediata**”. Este proceso es una vía formal y legal para solicitar que se extienda su fecha de alta hospitalaria de modo tal que la atención hospitalaria tenga cobertura durante más tiempo. (A continuación, en la Sección 7.2, se explica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

- **Debe firmar la notificación por escrito** para mostrar que la recibió y que entiende sus derechos.
 - ♦ Usted o alguien que actúe en su nombre deberá firmar la notificación (La Sección 4 de este capítulo le dice cómo otorgar un permiso por escrito a alguien más 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 cuál es). 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 consultar una copia de esta notificación por anticipado, puede llamar a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos 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 consultarla en línea en **<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>**.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea solicitarnos la extensión de la cobertura de los servicios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, deberá presentar su solicitud por medio del proceso de apelaciones. Antes de comenzar, asegúrese de saber qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explican los primeros dos niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y cumplir todos los plazos que 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 están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico, 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 organización revisa si su fecha programada para el alta hospitalaria es adecuada para usted desde el punto de vista médico.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta hospitalaria. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que trabajan para el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga 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 comunicarse 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 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).

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 programada para el alta**

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

hospitalaria. (La “fecha programada para el alta hospitalaria” es la fecha que se fijó para que usted deje el hospital).

- ♦ **Si cumple este plazo,** se le permitirá permanecer en el hospital después de la fecha de su alta hospitalaria sin pagar mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación.
- ♦ **Si no cumple este plazo** y decide permanecer en el hospital después de la fecha programada para el alta hospitalaria, deberá pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha programada para el alta hospitalaria.
- Si el plazo para presentar su apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se vence, puede presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento 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 “acelerados” de apelación en vez de usar los plazos normales.

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.
- Antes de mediodía del día posterior a que los revisores hayan informado a nuestro plan de su apelación, 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 ”. Para recibir una copia de esta notificación, puede llamar a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos 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). O puede consultar un ejemplo de la notificación en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html .

Paso 3: Al día siguiente de tener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responderá 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 sea necesario desde el punto de vista médico.**
- Usted deberá seguir pagando la parte de los costos que le corresponde (como deducibles o copagos, si corresponden). 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 adecuada desde el punto de vista médico. Si esto ocurre, la cobertura de sus servicios para pacientes hospitalizados terminará al mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le comunique la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión responde que **no** a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es posible que **deba pagar el costo total de la atención hospitalaria** que reciba a partir del mediodía del día posterior al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es *no*, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad 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 pasará al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

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 una Apelación de Nivel 2. Con una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a evaluar la decisión tomada en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar la totalidad de los costos de su hospitalización después de su fecha programada de alta hospitalaria.

Los siguientes son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelaciones:

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 calendario** a partir del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya respondido que **no** a su Apelación de Nivel 1. 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 a partir de 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 la parte que nos corresponda de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. Debemos continuar cubriendo la atención como paciente hospitalizado que usted reciba durante todo el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.
- Debe continuar pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

*Si la organización de revisión responde que **no**:*

- Esto significa que los revisores están de acuerdo con la decisión tomada en la Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama “respaldar la decisión”.
- En la notificación que reciba, se explicará por escrito qué pasos debe seguir si desea continuar con el proceso de revisión. 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 otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para 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 al Nivel 3 y presentar otra apelación. En la Apelación de Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador revisa la apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si no presenta una Apelación de Nivel 1 en el plazo indicado?

Puede presentar una apelación con nosotros.

Como se explicó antes en la Sección 7.2, 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 la fecha programada para el alta hospitalaria). Si no alcanzó la fecha límite para comunicarse con 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 comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del plazo indicado, puede presentar una apelación con nosotros y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación con un plazo acelerado en vez del plazo normal.

Términos Legales
Una “revisión rápida” también se llama “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Llámenos y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del **Capítulo 2** y busque la sección que se llama “Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos de venta con receta de la Parte D”.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que usted solicita que le demos una respuesta con un plazo “acelerado” en lugar del plazo “normal”.

Paso 2: Llevamos a cabo una “revisión rápida” de la fecha programada para su alta hospitalaria y revisamos si fue adecuada desde el punto de vista médico.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización para determinar si la fecha programada para el alta hospitalaria era adecuada desde el punto de vista médico. Revisaremos la información para ver si la decisión sobre la fecha del alta hospitalaria fue justa y si se siguieron todas las reglas.
- En esta situación, usaremos un plazo “rápido” en lugar de uno normal para darle una respuesta.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir del momento en que solicite una “revisión rápida” (“apelación acelerada”).

- **Si respondemos que sí a su apelación acelerada**, 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 para pacientes hospitalizados 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 parte de los costos y es posible que haya limitaciones de cobertura).
- **Si respondemos que no a su apelación acelerada**, significa que la fecha programada para el alta hospitalaria era adecuada desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de los servicios para pacientes hospitalizados finaliza el día en que dijimos que finalizaría.
- **Si permaneció en el hospital después de la fecha programada para su alta hospitalaria, es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que haya recibido después de esta fecha.**

Paso 4: Si rechazamos su apelación acelerada, 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 acelerada, 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 Alternativo de 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, una **Organización de Revisión Independiente** evalúa la decisión que tomamos cuando respondimos que **no** a su “apelación acelerada”. 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 le 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. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente lleva a cabo una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- 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. 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 sobre el alta hospitalaria.
- Si esta **organización responde que sí** a su apelación, entonces debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos por la atención hospitalaria que haya recibido desde la fecha programada para el alta hospitalaria. También debemos seguir proporcionando la cobertura de nuestro plan para sus servicios como paciente hospitalizado mientras sea necesaria desde el punto de vista médico. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir la cantidad que le reembolsaremos o el tiempo que seguiremos ofreciendo cobertura para sus servicios.
- Si esta **organización responde que no a su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha programada para el alta hospitalaria era adecuada desde el punto de vista médico.
 - ♦ 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. Se describirá en detalle lo que debe hacer para pasar al Nivel 3 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 (para 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 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura termina demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata solo 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 **solamente** a los siguientes tipos de atención:

- Los **servicios de atención médica a domicilio** que recibe.
- La **atención de enfermería especializada** que recibe como paciente en un centro de enfermería especializada (Para obtener más información sobre los requisitos que debe cumplir un centro para que se considere un “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, “Definición de términos importantes”).
- La **atención de rehabilitación** que recibe como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que usted recibe tratamiento para una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante (Para obtener más información sobre este tipo de centro de atención, consulte el Capítulo 12, “Definiciones de términos importantes”).

Si recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a continuar obteniendo cobertura para los servicios cubiertos para ese tipo de atención 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 Médicos (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 nuestra parte del costo de su atención.**

Si considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación sobre la finalización de su cobertura

- **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 por escrito 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 por la vía rápida**”. Presentar una apelación por la vía rápida es una manera legal y formal para solicitar un cambio en nuestra decisión sobre cuándo dejar de proporcionarle atención. (La Sección 8.3 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**”. Para recibir una copia de muestra, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos 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 consultar una copia en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>.

- Debe firmar la notificación por escrito para comprobar que la recibió.
 - ♦ Usted o alguien que actúe en su nombre deberá firmar la notificación (En la Sección 4 se explica cómo puede designar a una persona como su representante mediante un permiso por escrito).
 - ♦ Al firmar la notificación, usted **solamente** demuestra que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarla no significa que usted esté de acuerdo** con nosotros en que es hora de dejar de proporcionarle atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá presentar su petición por medio del proceso de apelaciones. Antes de comenzar, asegúrese de saber qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explican los primeros dos niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y cumplir todos los plazos que aplican a lo que debe hacer. También existen plazos que nuestro plan debe

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

cumplir. (Si usted considera que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 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 están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si presenta una Apelación de Nivel 1 puntualmente, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evaluarán su apelación y determinarán si es necesario cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente una Apelación de Nivel 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de 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 comunicarse con esta organización?

- En la notificación por escrito que recibió, se explica cómo puede comunicarse 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 por la vía rápida” (para llevar a cabo una revisión independiente) para determinar si es adecuado, desde el punto de vista médico, que finalicemos 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 posterior al que reciba la notificación por escrito para informarle que se interrumpirá la cobertura de su atención.
- Si el plazo para presentar su apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se vence, puede presentarla directamente ante nosotros. Si desea obtener más detalles acerca de esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5 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 informarán sobre su apelación; usted también recibirá de nosotros una notificación por escrito para explicar 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 del momento en que 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 durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.**
- Usted deberá seguir pagando la parte de los costos que le corresponde (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible 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 indicamos. Dejaremos de pagar nuestra parte 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 seguir recibiendo atención después de la fecha en que finalice su cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasará al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

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

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted elige seguir 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 solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a evaluar la decisión tomada en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de sus servicios de atención médica a domicilio o en un centro de enfermería especializada o de sus servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Los siguientes son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelaciones:

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 a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

*¿Qué sucede si la organización de revisión responde que **sí** a su apelación?*

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte 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 necesario desde el punto de vista médico.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

*¿Qué sucede si la organización de revisión responde que **no** 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 al Nivel 3 y presentar otra apelación. En la Apelación de Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador revisa la apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no presenta una Apelación de Nivel 1 en el plazo indicado?
--

Puede presentar una apelación con nosotros

Tal como se describió anteriormente, en la Sección 8.3, 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 comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del plazo indicado, puede presentar una apelación con nosotros y solicitar una “revisión rápida”.

Una revisión rápida es una apelación con un plazo acelerado en vez del plazo normal.

Los siguientes son los pasos a seguir para una Apelación Alternativa de Nivel 1:

Términos Legales
Una “revisión rápida” también se llama “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Llámenos y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección que se llama “Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos de venta con receta de la Parte D”.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que usted solicita que le demos una respuesta con un plazo “acelerado” en lugar del plazo “normal”.

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 normal para darle una respuesta sobre esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir del momento en que solicite una “revisión rápida” (“apelación acelerada”).

- **Si respondemos que sí a su apelación acelerada**, 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 parte de los costos y es posible que haya limitaciones de cobertura).
- **Si respondemos que no a su apelación acelerada**, su cobertura finalizará en la fecha que le hayamos indicado y no pagaremos ninguna parte 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 acelerada, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.*

- Para asegurarnos de haber cumplido todas las normas cuando respondimos que **no** a su apelación acelerada, **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 Alternativo de 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. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando respondimos que **no** a su “apelación acelerada”. 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 le 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. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente lleva a cabo una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- 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. 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) nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido después de la fecha en que habíamos dicho que terminaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo su atención médica mientras sea necesaria desde el punto de vista médico. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir la cantidad que le reembolsaremos o el tiempo que seguiremos ofreciendo cobertura para sus servicios.
- **Si esta organización responde que no a su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan con respecto a su primera apelación y que no la cambiará.
 - ♦ 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 que **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 o un abogado adjudicador revisa la apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9. Cómo presentar una Apelación de Nivel 3 y superior

Sección 9.1 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de 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 comunicarse y cómo debe solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. A continuación, se indica quién revisa su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (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 responde que *sí* a su apelación, el proceso de apelación podría o *no* finalizar.** Decidiremos si apelar o no esta decisión en el Nivel 4. 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 para usted.
 - ♦ Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario a partir del momento en que recibamos la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
 - ♦ Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 junto con cualquier documento adjunto. Podemos esperar la decisión sobre la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador responde que *no* a su apelación, el proceso de apelación podría o *no* finalizar.**
 - ♦ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ♦ De lo contrario, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador 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 revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar la decisión favorable de una Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede finalizar o no.** Decidiremos si apelar o no esta decisión en el Nivel 5. 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 para usted.
 - ♦ Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario a partir del momento en que recibamos la decisión del Consejo.
 - ♦ Si decidimos apelar esta decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede finalizar o no.**
 - ♦ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ♦ Si no desea aceptarla, tal vez pueda continuar al 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 comunicarse y qué debe hacer si escoge seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 9.2 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 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. A continuación, se indica quién revisa 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 para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones 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 o el abogado adjudicador 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 revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

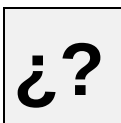
- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones finaliza.** Se aprobó lo que usted solicitó en la apelación. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que el Consejo haya aprobado en un plazo de 72 horas (24 para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones 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 continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que **no** a su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, en la notificación se indicará si, de acuerdo con las normas, puede continuar con una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si escoge seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Cómo presentar quejas

SECCIÓN 10. 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 de decisiones y apelaciones de cobertura. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿De qué tipo de problemas se encarga el proceso de quejas?

En esta sección se explica cómo usar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se utiliza **solamente** para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. A continuación, se incluyen ejemplos de los tipos de problemas de los que se encarga el proceso de quejas.

Si tiene alguno de los siguientes problemas, puede “presentar una queja”:

- **Calidad de la atención médica**
 - ♦ ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió (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 al respeto?
 - ♦ ¿No está conforme con el trato que recibió de 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, farmacéutico o a otro profesional de la salud? ¿O a 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 exámenes o para obtener una receta médica.

- **Limpieza**

- ♦ ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?

- **Información que recibe de nuestro plan**

- ♦ ¿Cree que no le avisamos sobre algo que debíamos informarle?
- ♦ ¿Considera que la información escrita que le hemos entregado es difícil de entender?

Puntualidad (estos tipos de quejas se relacionan con la puntualidad de nuestras acciones con respecto a las decisiones sobre la cobertura y apelaciones)

El proceso para solicitar una decisión sobre la cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si usted pide 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 sobre la cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación, se incluyen algunos ejemplos:

- Si nos solicitó una “decisión acelerada sobre la cobertura” o “una apelación acelerada”, y le respondimos que no, puede presentar una queja.
- Si cree que nuestro plan no cumple 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 sobre la cobertura que tomamos y se le indica a nuestro plan que debe cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican determinados plazos. Si cree que no hemos cumplido estos plazos, puede presentar una queja.
- Si no tomamos una decisión a tiempo, debemos reenviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo estipulado, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer 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 “interponer una queja formal”. • Otra forma de decir “usar el proceso de quejas” es “usar el proceso para presentar una queja formal”.

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea mediante una llamada telefónica o por correo.

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicio a los Miembros.** Ellos le informarán si es necesario que haga algo más. Llame sin costo al **1-800-476-2167 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede poner por escrito su queja y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito. También le responderemos por escrito cuando presente una queja por teléfono si solicita una respuesta por escrito o su queja está relacionada con la calidad de la atención.
- **Si tiene una queja, intentaremos solucionarla por teléfono.** Si no podemos solucionar su queja por teléfono, usaremos un proceso formal para revisar sus quejas. Su queja formal debe explicar el problema, debe mencionar, por ejemplo, por qué no está conforme con los servicios que recibió. Consulte el Capítulo 2 para saber con quién debe comunicarse en caso de tener una queja.
 - ♦ Debe presentarnos su queja formal (oralmente o por escrito) en un plazo de 60 días calendario a partir del evento o incidente. Debemos dar una respuesta a su queja formal tan pronto como sea necesario de acuerdo con su estado de salud, en un plazo máximo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos la queja 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 sobre la cobertura o una apelación, o si extendemos el plazo que necesitamos para tomar 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, debe comunicarse con Servicio a los Miembros de inmediato.** Debe presentar la queja en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que tuvo el problema sobre el cual desea quejarse.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión acelerada sobre la cobertura” o una “apelación acelerada”, automáticamente trataremos su solicitud como una “queja acelerada”.** Si presenta una “queja acelerada”, le responderemos **en un plazo de 24 horas.**

Términos Legales

A lo que en esta sección se le llama “**queja acelerada**” también se le llama “**queja 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, es posible que podamos darle una respuesta durante la misma llamada. Si debido a su condición 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 tomarnos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito.
- **Le informaremos si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja, o si no asumimos responsabilidad por el problema sobre el que se está quejando. Nuestra contestación incluirá los motivos de nuestra respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo o no con su queja.

Sección 10.4 Usted también puede presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Puede presentar con nosotros una queja sobre la calidad de la atención que haya recibido por medio del proceso paso a paso que se explicó anteriormente.

Cuando su queja se refiere a la calidad de la atención, tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentarla 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 presentar la queja con nosotros).
 - ♦ La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros especialistas en cuidado de la salud que trabajan para el gobierno federal supervisando y mejorando 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 ante esta organización, trabajaremos con ella para resolverla.
- **O puede presentar su queja 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 10.5 También puede informarle a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite <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 otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no se está ocupando de su problema, llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **1-877-486-2048**.

CAPÍTULO 10. Cancelación de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1. Introducción	235
Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la cancelación de su membresía en nuestro plan.....	235
SECCIÓN 2. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan	235
Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción anual.....	235
Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage.....	236
Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante un periodo de inscripción especial	237
Sección 2.4 Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía	238
SECCIÓN 3. ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	238
Sección 3.1 Por lo general, usted cancela su membresía al inscribirse en otro plan.....	238
SECCIÓN 4. Hasta el momento en que finalice su membresía, usted debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos por medio de nuestro plan.....	240
Sección 4.1 Hasta el momento en que finalice su membresía, usted seguirá siendo miembro de nuestro plan	240
SECCIÓN 5. En ciertas situaciones, debemos cancelar su membresía en nuestro plan	241
Sección 5.1. ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en nuestro plan?	241
Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.....	242
Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.....	242

SECCIÓN 1. Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en nuestro plan puede ser de forma **voluntaria** (por elección suya) o **involuntaria** (cuando usted no toma la decisión):

- **Puede dejar nuestro plan si así lo ha decidido.**
 - ♦ Si desea cancelar su membresía de forma voluntaria, solo puede hacerlo durante ciertos periodos del año o en determinadas circunstancias. En la Sección 2, se indica cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan.
 - ♦ El proceso de cancelación voluntaria de su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que usted 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 nosotros debemos cancelar su membresía. En la Sección 5, se informa en qué situaciones debemos cancelar su membresía.

Si usted cancela su membresía en nuestro plan, debe seguir recibiendo atención médica por medio de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2. Cuándo puede cancelar 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 los requisitos para cancelar su membresía en nuestro plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 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 anual de inscripción 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?** Este periodo ocurre del 15 de octubre al 7 de diciembre.
Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5, se ofrece más información sobre los programas de administración de medicamentos.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el periodo de inscripción anual?** Puede elegir conservar su cobertura actual o modificarla para el año siguiente. Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir alguno de los siguientes tipos de planes:
 - ♦ Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos de venta con receta o uno que no lo haga).
 - ♦ Medicare Original **con** un plan independiente de medicamentos de venta con receta de Medicare.
 - ♦ Medicare Original **sin** un plan independiente de medicamentos de venta con receta de Medicare

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos de venta con receta: Si usted se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos de venta con receta de Medicare, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos, a menos que haya indicado que no debemos hacer la inscripción automática.

Nota: Si cancela su membresía en un plan de cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare y se queda sin cobertura acreditada de medicamentos de venta con receta, 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 que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos de venta con receta de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 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 2.2 Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer un cambio en su cobertura médica durante el **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿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 periodo puede:
 - ♦ Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos de venta con receta o uno que no lo haga).
 - ♦ 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 independiente de medicamentos de venta con receta de Medicare a fin de agregar una cobertura para medicamentos.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes posterior a que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o a que hayamos recibido su solicitud de cambio a Original Medicare. Si elige inscribirse en un plan de medicamentos de

venta con receta de Medicare, su membresía comenzará el primer día del mes posterior a que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante un periodo de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de nuestro plan pueden reunir los requisitos para cancelar su membresía en nuestro plan en otros periodos del año, conocidos como **periodos de inscripción especial**.

- **¿Quién cumple con los requisitos para un periodo de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, es posible que sea elegible para cancelar su membresía durante un periodo de inscripción especial. Los siguientes son tan solo algunos ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>):
 - ♦ Normalmente, cuando se muda.
 - ♦ Si tiene Medicaid.
 - ♦ Si cumple 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 para ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC).
 - ♦ Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (PACE).
- **¿Cuándo son los periodos especiales de inscripción?** 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 los requisitos para cancelar su membresía por una situación especial, puede optar por cambiar su cobertura de atención médica y de medicamentos de venta con receta 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 de venta con receta o uno que no lo haga).
 - ♦ Medicare Original **con** un plan independiente de medicamentos de venta con receta de Medicare.
 - ♦ Medicare Original **sin** un plan independiente de medicamentos de venta con receta de Medicare

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos de venta con receta: Si usted se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos de venta con receta de Medicare, Medicare lo

inscribirá en un plan de medicamentos, a menos que haya indicado que no debemos hacer la inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su inscripción en un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos de venta con receta 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 que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos de venta con receta de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 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.

Sección 2.4 Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede llamar a **Servicio a los Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare y Usted 2019**.
 - ♦ Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del folleto **Medicare y Usted** cada otoño. Los miembros nuevos de Medicare lo reciben un mes después de inscribirse.
 - ♦ También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (<https://www.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 cancela su membresía al inscribirse en otro plan

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, simplemente debe inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los periodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los periodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiarse a Original Medicare **sin** un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare, debe pedir la cancelación de su inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de solicitar la cancelación de la inscripción:

- Puede hacer una solicitud por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- O puede comunicarse con 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**.

Nota: Si usted cancela su inscripción en un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos de venta con receta 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 que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos de venta con receta de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la penalización por inscripción tardía.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que usted debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su membresía en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando la cobertura de su nuevo plan inicie.
• Medicare Original con un plan independiente de medicamentos de venta con receta de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de venta con receta de Medicare. • Su membresía en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando la cobertura de su nuevo plan inicie.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que usted debe hacer:
Original Medicare sin un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare por separado. Nota: Si cancela su membresía en un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare y se queda sin cobertura acreditada de medicamentos de venta con receta, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía si en el futuro se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre la penalización por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.	- Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos 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 inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. - Su membresía en nuestro plan se cancelará cuando inicie la cobertura de Medicare Original.

SECCIÓN 4. Hasta el momento en que finalice su membresía, usted debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos por medio de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta el momento en que finalice su membresía, usted seguirá siendo miembro de nuestro plan

Si usted abandona 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 sus servicios de atención médica y medicamentos de venta con receta por medio 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 de venta con receta si usa una farmacia de la red, incluido el servicio de pedidos por correo.
- Si el día que finaliza su membresía usted está hospitalizado, nuestro plan, en general, cubrirá los gastos hasta que reciba el alta hospitalaria (incluso si es dado de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5. En ciertas situaciones, debemos cancelar su membresía en nuestro plan

Sección 5.1. ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en nuestro plan?

Debemos cancelar su membresía en nuestro plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - ♦ Si se muda o 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 están impresos en la contraportada de este folleto.
- Si es encarcelado (si va a prisión).
- Si no es ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga y que proporcione cobertura de medicamentos de venta con receta.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esos datos afectan su elegibilidad para este. No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare.
- Si mantiene de forma continua un comportamiento inapropiado, que nos dificulte brindarle atención médica a usted y otros miembros de nuestro plan. No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare.
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare.
 - ♦ Si cancelamos 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.
 - ♦ Antes de cancelar su inscripción, debemos informarle por escrito que tiene un plazo de 90 días para pagar la prima del plan.
- Si debe pagar el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos de venta con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que se le está pidiendo que abandone nuestro plan 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 de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos explicarle por escrito las razones por las que lo hicimos. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal sobre nuestra decisión de cancelar la membresía. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, puede consultar la Sección 10 del Capítulo 9.

CAPÍTULO 11. Avisos legales

SECCIÓN 1. Aviso sobre la legislación vigente.....	244
SECCIÓN 2. Notificación sobre la no discriminación	244
SECCIÓN 3. Aviso sobre los derechos de subrogación de los Pagadores Secundarios de Medicare.....	244
SECCIÓN 4. Administración de esta Evidencia de Cobertura.....	244
SECCIÓN 5. Solicitudes y declaraciones	245
SECCIÓN 6. Asignación.....	245
SECCIÓN 7. Honorarios y gastos de abogados y defensores	245
SECCIÓN 8. Coordinación de beneficios	245
SECCIÓN 9. Responsabilidad del empleador	245
SECCIÓN 10. Evidencia de Cobertura vinculante para los miembros.....	246
SECCIÓN 11. Responsabilidad de agencias gubernamentales	246
SECCIÓN 12. Exención de responsabilidad de los miembros	246
SECCIÓN 13. Sin Exención	246
Sección 14. Notificaciones	246
Sección 15. Recuperación de pagos en exceso	246
SECCIÓN 16. Embarazo por encargo de terceros.....	247
SECCIÓN 17. Responsabilidad civil de terceros	247
SECCIÓN 18. Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU.	248
SECCIÓN 19. Beneficios por responsabilidad civil del empleador o la compensación del trabajador	248

SECCIÓN 1. Aviso sobre la legislación vigente

Diversas leyes regulan esta **Evidencia de Cobertura** y pueden aplicarse cláusulas adicionales según lo requiera la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se describen ni se explican en el presente documento. La principal ley que regula este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas establecidas por los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) en virtud de la Ley del Seguro Social. También pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive.

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, incapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamos, expediente 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 de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Americanos con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible, todas las demás leyes que regulan a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra legislación y norma vigentes que se apliquen por cualquier otro motivo.

SECCIÓN 3. Aviso sobre los derechos de subrogación de los Pagadores Secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de recaudar fondos para los servicios cubiertos de Medicare para los que Medicare no es el pagador primario. Según las normas de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, Kaiser Permanente Senior Advantage, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que ejerce la Secretaría en virtud de las normas de los CMS de las subsecciones B a D de la sección 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4. Administración de esta Evidencia de Cobertura

Podemos adoptar políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficaz de esta **Evidencia de Cobertura**.

SECCIÓN 5. Solicitudes y declaraciones

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, reclamos 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 defensores, y otros gastos.

SECCIÓN 8. Coordinación de beneficios

Tal como se describe en la Sección 10 del Capítulo 1, “Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan”, si tiene otro seguro, debe usarlo en combinación con su cobertura como miembro de Senior Advantage para pagar la atención que recibe. A esto se le llama “coordinación de beneficios” porque implica coordinar todos los beneficios de salud que estén a su disposición. Recibirá atención con cobertura de los proveedores 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 debe se lo envían directamente a usted, la ley de Medicare le exige que nos dé este pago primario a nosotros. Para obtener más información sobre los pagos primarios en situaciones de obligación de terceras partes, consulte la Sección 17 y, para los pagos primarios en casos de compensación del trabajador, 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 al empleador por tales servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar un reembolso al empleador.

SECCIÓN 10. Evidencia de Cobertura vinculante para los miembros

Al escoger la cobertura o aceptar los beneficios de acuerdo con esta **Evidencia de Cobertura**, todos los miembros con capacidad legal para celebrar un contrato y los representantes legales de los miembros que no tengan dicha capacidad aceptan todas las disposiciones de esta **Evidencia de Cobertura**.

SECCIÓN 11. Responsabilidad de agencias gubernamentales

En el caso de los servicios que la ley exige que se reciban solo de una agencia gubernamental, no pagaremos a tal agencia por estos servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar a la agencia gubernamental un reembolso.

SECCIÓN 12. Exención de responsabilidad de los miembros

Nuestros contratos con los proveedores de la red especifican que usted no es responsable de ningún monto que nosotros debamos. Sin embargo, usted es responsable del costo de los servicios no cubiertos que reciba de proveedores de la red o de los que no pertenecen a la red.

SECCIÓN 13. Sin Exención

En caso de que no hagamos cumplir cualquiera de las disposiciones de esta **Evidencia de Cobertura**, esto no constituirá una renuncia a dicha disposición ni a cualquier otra, ni perjudicará nuestro derecho posterior a exigir el cumplimiento estricto de las disposiciones.

Sección 14. Notificaciones

Enviaremos nuestras notificaciones a la dirección más reciente que tengamos. Usted es responsable de notificarnos sobre cualquier cambio de dirección. Si se muda, llame lo antes posible a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y al Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**) para indicar su nuevo domicilio.

Sección 15. Recuperación de pagos en exceso

Nos reservamos el derecho de recuperar cualquier pago en exceso que realicemos por concepto de servicios de cualquiera que reciba este pago en exceso o de cualquier otra persona u organización obligada a pagar por los servicios.

SECCIÓN 16. Embarazo por encargo de terceros

En aquellas situaciones en las que una miembro reciba compensación monetaria por llevar un embarazo por encargo de terceros, intentaremos obtener el reembolso de todos los Cargos del Plan por los servicios cubiertos que la miembro reciba y que estén relacionados con la concepción, la gestación y el nacimiento del niño. Un acuerdo de embarazo por encargo de terceros es aquel en el que una mujer accede a quedar embarazada y entregar el bebé a otra persona o personas que tienen la intención de criar al niño.

SECCIÓN 17. Responsabilidad civil de terceros

Tal como se establece en la Sección 10 del Capítulo 1, los terceros que le causen una lesión o enfermedad (o sus compañías de seguro médico) generalmente deben pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir esos pagos principales. Si recibe una compensación por acuerdo o dictamen judicial en nombre o por parte de un tercero que supuestamente le ocasionó una lesión o enfermedad por la que el plan le prestó servicios cubiertos, deberá asegurarse de que recibamos reembolso por dichos servicios. **Nota:** La Sección 17 no afecta su obligación de pagar el costo compartido de estos servicios.

Según lo permita o exija la ley, debemos subrogar todos los reclamos, causas de acción y otros derechos que usted pueda tener contra un tercero o una compañía aseguradora, un programa del gobierno u otra fuente de cobertura para obtener resarcimiento monetario por daños, compensación o indemnización por la lesión o enfermedad supuestamente causada por un tercero. 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 proteger nuestros derechos, tendremos un derecho de retención y derechos de reembolso sobre las ganancias que usted o nosotros obtengamos de cualquier acuerdo o dictamen judicial contra un tercero en cualquier procedimiento o decisión, de otras clases de coberturas que incluyen, entre otras: responsabilidad civil, conductor sin seguro, conductor con un seguro insuficiente, protección personal, compensación del trabajador, lesión personal, pagos médicos y todos los demás tipos de partes que están directamente involucradas. Estas ganancias se aplicarán en primer lugar para satisfacer nuestro derecho de retención, independientemente de que el monto total de las ganancias sea menor que los daños y perjuicios realmente sufridos. No estamos obligados a pagar los costos u honorarios de ningún abogado que usted haya contratado para procesar su reclamo por daños y perjuicios.

En un plazo de 30 días a partir de que haya presentado o interpuesto un reclamo o acción judicial contra un tercero, deberá enviar un aviso por escrito de este reclamo o acción judicial a:

Patient Business Services
Kaiser Foundation Health Plan of Colorado
2500 South Havana Street
Aurora, CO 80014-1622

Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios de Negocios para Pacientes llamando al **303-743-5900**, o a TTY **711**.

1-800-476-2167, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (TTY 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 y al tercero y a su aseguradora de responsabilidad civil para que nos paguen directamente. Usted puede negarse a renunciar, cesar o reducir nuestros derechos en virtud de esta disposición sin nuestro consentimiento previo por escrito.

Si su heredero, padre o madre, tutor legal o conservador presentan un reclamo contra un tercero por una lesión o enfermedad, su heredero, padre o madre, tutor legal o conservador y cualquier acuerdo o sentencia favorable obtenido por cualquiera de ellos estarán sujetos a nuestros derechos de retención y otros derechos, de la misma forma que si hubiese sido usted quien presentara el reclamo contra el tercero. Podemos asignar nuestros derechos de retención y de otro tipo para ejercerlos.

SECCIÓN 18. Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU.

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 tales servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar un reembolso al departamento.

SECCIÓN 19. Beneficios por responsabilidad civil del empleador o la compensación del trabajador

Tal como se establece en la Sección 10 del Capítulo 1, la compensación del trabajador generalmente debe pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir pagos primarios según la ley de compensación del trabajador o a la ley de responsabilidad civil del empleador. Es posible que usted reúna los requisitos para recibir pagos u otros beneficios, incluidos los montos recibidos como compensación (a lo que colectivamente se le llama “Beneficio Financiero”), conforme a la compensación del trabajador o la ley de responsabilidad civil del empleador. Proporcionaremos los servicios cubiertos incluso si no está claro que tiene derecho a recibir el Beneficio Financiero, pero podremos recuperar el valor de cualquiera de los servicios cubiertos de las siguientes fuentes:

- De cualquier fuente que proporcione un Beneficio Financiero o de la cual deba recibirse un Beneficio Financiero.
- De usted, en la medida en que un Beneficio Financiero se brinde o sea pagadero, o habría sido necesario proveer o pagarse si usted hubiera intentado, con atención y constancia, establecer su derecho a recibir el Beneficio Financiero conforme a cualquier compensación del trabajador o ley de responsabilidad civil del empleador.

CAPÍTULO 12. Definición de palabras relevantes

Advantage Plus: Es un paquete opcional de beneficios suplementarios que puede elegir comprar durante el Periodo de Inscripción Anual y en otros momentos limitados. Los dos paquetes de beneficios suplementarios que se ofrecen incluyen beneficios de acupuntura, dentales, audífonos, transporte o artículos para la visión adicionales por una prima mensual adicional que se suma a la prima del plan Senior Advantage (consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 para obtener más información).

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 de venta con receta 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. Las apelaciones, incluido el proceso para presentarlas, se explican en el Capítulo 9.

Área de Servicio: Área geográfica en la que el plan de salud acepta a los miembros si este limita la membresía con base en el lugar en el que viven las personas. En el caso de los planes que restringen los médicos y hospitales que puede usar, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (servicios que no son de emergencia). Nuestro plan puede cancelar su membresía si usted se muda permanentemente fuera de nuestra área de servicio.

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 personal 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 una condición médica de emergencia.

Atención de Postestabilización: Servicios necesarios desde el punto de vista médico relacionados con su condición médica de emergencia y que usted recibe después de que su médico tratante determina que la condición es clínicamente estable. Clínicamente estable significa que el médico tratante cree, con base en probabilidades médicas razonables y de acuerdo con estándares médicos reconocidos, que se le puede dar de alta o trasladar sin peligro, y que no se espera que su condición empeore de manera importante durante el proceso del alta o el traslado, ni como consecuencia de ello.

Atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF): Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados diariamente y de manera continua en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen la fisioterapia y las inyecciones intravenosas que solo pueden administrar un enfermero con práctica médica o un médico.

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 incluyen en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Cubrimos la atención médica a domicilio de acuerdo con las pautas de Medicare. La atención médica a domicilio puede incluir los servicios de un **auxiliar de salud a domicilio** si los servicios forman parte del plan de salud domiciliar para su enfermedad o lesión. Estos no están cubiertos a menos que también se le proporcione un servicio especializado cubierto. Los servicios de salud a domicilio 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 para Pacientes Hospitalizados: Atención médica que recibe durante su estancia como paciente hospitalizado en un hospital general de cuidados agudos.

Autorización Previa: Aprobación anticipada para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden estar o no en la lista de medicamentos recetados disponibles. Algunos servicios médicos dentro de la red se cubren 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 el Tabla de Beneficios Médicos 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 enfermero titulado, 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 de venta con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Beneficios Suplementarios Opcionales: Beneficios que no cubre Medicare, pero que se pueden adquirir por una prima adicional y que no están incluidos en su paquete de beneficios. Si desea tener acceso a estos beneficios suplementarios opcionales, es posible que deba pagar una prima adicional. Debe elegir voluntariamente los Beneficios Suplementarios Opcionales para poder recibirlos. (Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 para obtener más información).

Cancelación de la inscripción o de la afiliación: Proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción en nuestro plan puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (no por decisión propia).

Cargos del Plan: Cargos del plan se refiere a lo siguiente:

- En el caso de servicios prestados por Medical Group o Kaiser Foundation Hospitals, los cargos en el cronograma de Health Plan de Medical Group 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 capitación a un proveedor (excepto Medical Group o Kaiser Foundation Hospitals) los cargos del cronograma de cargos que Kaiser Permanente negocia con el proveedor al que se paga por capitación.
- En el caso de los artículos obtenidos en una farmacia que sea propiedad y esté dirigida por Kaiser Permanente, el monto que la farmacia cobraría a un miembro por un artículo que no esté incluido en su plan de beneficios (este monto resulta de los costos por la compra, el almacenamiento y la 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 de Health Plan).
- Los cargos por cualquier otro servicio, los pagos que realiza Kaiser Permanente por los servicios o, si Kaiser Permanente resta los costos compartidos de sus pagos, el monto que Kaiser Permanente debería haber pagado si no hubiera restado los costos compartidos.

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 área geográfica. Si elige un centro cuidados paliativos y continúa pagando primas, aún es miembro de su plan. Aún puede obtener todos los servicios que sean necesarios desde el punto de vista médico, así como los beneficios 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 ambiente familiar.

Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): Agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con 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 de venta con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos de venta con receta normal de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando cumplen los requisitos para ser miembros de Medicare generalmente pueden mantener la cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare más adelante.

Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta de Medicare (Medicare Parte D): Seguro para ayudar a pagar los medicamentos de venta con receta, las vacunas, los productos biológicos y algunos artículos para pacientes ambulatorios que no cubre Medicare Parte A o Parte B.

Condición Médica de Emergencia: (1) una condición médica o psiquiátrica que se manifiesta con síntomas agudos de tal gravedad (incluido el dolor intenso) que le hagan pensar, dentro de lo razonable, que, si no recibe atención médica inmediata, se puede poner en peligro grave su salud, sus funciones corporales o sus órganos, o (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).

Coordinación de Beneficios (COB): Disposición utilizada para establecer el orden en el que se pagan los reclamos cuando usted tiene otro seguro. Si tiene Medicare u otro seguro de salud o cobertura, cada tipo de cobertura se llama “pagador”. Cuando haya más de un pagador, habrá normas para la “coordinación de beneficios” que determinan cuál paga primero. El “pagador principal” paga lo que debe de sus facturas primero y luego envía el resto para que lo pague el “pagador secundario”. Sin embargo, si el pago que se nos deba se le envía directamente, la ley de Medicare le exige que usted nos pague. En algunos casos puede haber un tercer pagador. Para obtener más información consulte la Sección 10 del Capítulo 1 y la Sección 8 del Capítulo 11.

Copago: Una cantidad que se le puede pedir que pague como su parte del costo del servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento de venta con receta. El copago es una cantidad fija y no un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$10 o \$20 por una consulta con el médico o por los medicamentos de venta con receta.

Coseguro: Monto que probablemente usted deba pagar como costo compartido por servicios o medicamentos de venta con receta. 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 un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan requiera cuando se reciba un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que requiera un plan cuando se recibe 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

Deducible: Cantidad que debe pagar por la atención médica o las recetas médicas antes de que nuestro plan inicie el pago.

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 lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento no tiene cobertura por medio de nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman “decisiones sobre la cobertura” en este folleto. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión sobre la cobertura.

Determinación de la Organización: El plan de Medicare Advantage toma una determinación como organización cuando decide 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 sobre la cobertura.

Emergencia: 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, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Equipo Médico Duradero (DME): Determinado equipo médico que pide el médico por motivos médicos. Algunos ejemplos incluyen: andaderas, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que pida un proveedor para su uso en el hogar.

Etapas de Cobertura Inicial: Es la etapa anterior a cuando el costo total de sus medicamentos en el año, incluido lo que usted haya pagado y lo que nuestro plan haya pagado en su nombre, alcanza el monto de **\$3,820**.

Etapas de Cobertura para Catástrofes: La etapa de Beneficios para Medicamentos de la 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.

Evidencia de Cobertura (EOC) y Divulgación de Información: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula u otra cobertura opcional seleccionada, que explica cuál es su cobertura, qué debemos hacer, cuáles son sus derechos y también sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: Tipo de determinación de cobertura que, de ser aprobada, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del patrocinador del plan (una excepción al formulario) u obtener un medicamento que no es de uso preferente a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción en los niveles). 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 (como un médico o un hospital) factura a un paciente un monto que supera el costo compartido que permite el plan. Como miembro de nuestro plan, solo tiene que pagar su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores “facturen saldos” o de otra forma le hagan un cargo mayor que el monto del costo compartido que su plan dice que debe pagar.

Farmacia de la Red: Farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos de venta con receta. Las llamamos “farmacias 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 pertenece 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.

Gastos de Bolsillo: Consulte la definición de “Costo Compartido” proporcionada anteriormente. Al requisito de costo compartido de que el miembro pague una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se le llama requisito de gasto “de bolsillo”.

Hospital de Cuidados a Largo Plazo: Un hospital de cuidados intensivos certificado por Medicare en el que generalmente se ofrecen servicios cubiertos por Medicare, como rehabilitación integral, terapia respiratoria, tratamientos de traumatismo de cráneo y control del dolor. Los centros para pacientes convalécientes o de servicios de vida asistida no son centros de cuidado a largo plazo.

Hospitalización: Una hospitalización es cuando se le admite formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún pueda considerarse 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.

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (Health Plan): Kaiser Foundation Health Plan of Colorado es una corporación sin fines de lucro de Colorado y una organización de Medicare Advantage. En la **Evidencia de Cobertura** a veces se hace referencia a Health Plan como “nosotros” o “nuestro(a)”.

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 (Lista de Medicamentos Recetados Disponibles o “Lista de Medicamentos”): Una lista de medicamentos de venta con receta 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.

Medical Group: 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.

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.

Medicamento Excluido: Un medicamento que no es un “medicamento con cobertura de la Parte D”, según se define en la Sección 1395w-102(e) del Título 42 del U.S.C.

Medicamento Genérico: Medicamento recetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos “genéricos” son tan eficaces como los medicamentos de marca y por lo general cuestan menos.

Medicamentos Cubiertos: El término que usamos para referirnos a los medicamentos de venta con receta que tienen cobertura por parte de nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que la Parte D puede cubrir. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte la lista de medicamentos recetados disponible para conocer los medicamentos cubiertos específicos). El Congreso impidió que ciertas categorías específicas de medicamentos fueran cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Medicamentos de Nivel de Especialidad: Medicamentos muy costosos aprobados por la FDA que están en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles.

Medicare Original (“Medicare Tradicional” o Medicare con “Pago por Servicio”): El gobierno ofrece Medicare Original y no un plan de salud privado, como los Planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos de venta con receta. En el caso de Original Medicare, los servicios de Medicare tienen cobertura mediante los pagos que reciben los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica según lo establece el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (Seguro Hospitalario) y la Parte B (Seguro Médico), y está disponible en todo el territorio de Estados Unidos.

Medicare: Programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, para algunas personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y para personas que padecen Insuficiencia Renal 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 por medio de Original Medicare, un plan PACE o de Medicare Advantage.

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 usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano. También puede hablar sobre su atención con otros médicos o proveedores de atención médica y referirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su médico de cabecera antes de consultar a cualquier proveedor de atención médica. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información sobre los Médicos de Cabecera.

Médico de la Red: Cualquier médico certificado que sea socio o trabaje para Medical Group, o cualquier médico certificado contratado para prestar servicios a nuestros miembros (excepto los médicos contratados solo para brindar servicios de referencia).

“Medigap” (Seguro Suplementario de Medicare): Seguro suplementario de Medicare que venden las compañías privadas de seguros para llenar los “espacios” de Medicare Original. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Medicare Original (Un Plan de Medicare Advantage no es una póliza de MediGap).

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).

Monto de Ajuste Mensual Según los Ingresos (IRMAA): Si sus ingresos superan 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 mayor de prima de la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare y Medicare Parte B (seguro médico). Esta cantidad adicional se llama ajuste mensual según 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 Gastos de 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 de venta con receta de la Parte D no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo de gastos de bolsillo.

Necesario desde el Punto de Vista Médico: Servicios, artículos o medicamentos que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica y que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Niveles de Costo Compartido: Cada uno de los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, entre más alto sea el nivel de costo compartido, más deberá pagar usted por el medicamento.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): Grupo de médicos y otros expertos de atención médica que trabajan para el gobierno federal para supervisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Parte C: Consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: Programa voluntario de beneficios de medicamentos de venta con receta de Medicare. (Para facilitar la consulta, llamaremos Parte D al programa de beneficios de medicamentos de venta con receta).

Penalización por Inscripción Tardía en la Parte D: Una cantidad que se agrega a su prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si usted se queda sin cobertura acreditada (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura normal de medicamentos de venta con receta de Medicare) durante un periodo de 63 días consecutivos o más. Usted paga esta cantidad mayor mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de venta con receta, no se le aplicará ninguna penalización por inscripción tardía.

Periodo Anual de Inscripción: Periodo determinado de cada otoño durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Medicare Original. El Periodo Anual de Inscripción es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Periodo de Beneficios: La manera en la que tanto nuestro plan como Medicare Original 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 hospitalizados (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 Abierta de Medicare Advantage: Un periodo establecido cada año durante el cual los miembros de un Plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción y cambiarse a Original Medicare o hacer cambios a su cobertura de la Parte D. El periodo de inscripción abierta es del 1.º de enero al 31 de marzo de 2019.

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, 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.

Periodo Inscripción Especial: Tiempo determinado en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las que puede reunir los requisitos para un periodo de inscripción especial son, entre otras: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Ayuda Adicional” con los costos de los medicamentos de venta con receta, si se muda a un hogar para ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Plan de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO): Plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que acordaron tratar a los miembros del plan por un pago específico. Un plan de la 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 gastos de su bolsillo por los servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto para los

gastos totales combinados de su bolsillo por los servicios tanto de proveedores de la red (preferidos) como de proveedores que no pertenecen a la red (no preferidos).

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 condiciones médicas 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. Este término 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 Medicare Advantage (MA): Llamado en ocasiones Medicare Parte C, es un plan que ofrece una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un Plan de Medicare Advantage puede ser un plan de una HMO, una 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 de Medicare Advantage, los servicios de Medicare tienen cobertura por medio 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 de venta con receta). A estos planes se les conoce como **Planes de Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta**. 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 Terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Plan PACE: Un plan del PACE (Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad) combina servicios de atención médica, social y a largo plazo (LTC) para las personas cuyo estado de salud es delicado con el objetivo de ayudarles a ser independientes y residir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar para ancianos) por tanto tiempo como sea posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes del PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid por medio del plan.

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 de venta con receta.

Programa de Descuento del Periodo 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 del Periodo 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. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, los aparatos ortopédicos de brazos, espalda y cuello; extremidades 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.

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 conforme al acuerdo que hayan celebrado y siempre que acepten proporcionarle los servicios cubiertos por el plan. A los proveedores de la red también se les llama “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 a los proveedores o los centros de atención que no pertenece a la red.

Queja formal: Una queja que usted presenta contra nosotros, lo que incluye las quejas sobre la calidad de la atención que recibe. Este tipo de queja no abarca disputas sobre pagos ni cobertura.

Queja: El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer una 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.

Región de Kaiser Permanente: Una organización de Kaiser Foundation Health Plan que administra un programa de atención médica de servicio directo. Cuando se encuentra fuera de nuestra área de servicio, puede recibir la atención médica necesaria desde el punto de vista médico y atención continua para 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.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): Beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas con recursos e ingresos limitados que están discapacitadas, ciegas o que tienen más de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

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 B.

Servicios Cubiertos: El término general que usamos para referirnos a los servicios de atención médica y artículos que tienen cobertura por parte de nuestro plan.

Servicios de Atención Urgente: 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 o no se pueda acceder a ellos temporalmente.

Servicios de Rehabilitación: Estos servicios incluyen la terapia física, del habla y del lenguaje, y ocupacional.

Servicios o Atención Médica: Servicios o artículos de atención médica. Algunos ejemplos de artículos de atención médica incluyen el equipo médico duradero, los anteojos y los medicamentos que cubre Medicare Parte A o B, pero no los medicamentos que cubre Medicare Parte D.

Servicios: Artículos o servicios de atención médica.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS): Consulte “Ayuda Adicional”.

Tarifa Diaria de Costo Compartido: Es posible que se aplique una “tarifa diaria de costo compartido” cuando su médico le recete un suministro para menos de un mes de determinados medicamentos y usted deba pagar un copago. La tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido entre el número de días en un suministro mensual. Por ejemplo: Si el copago del suministro para un mes de un medicamento es de \$30 y un suministro para un mes en su plan es de 30 días, entonces su “tarifa diaria de costo compartido” es de \$1 al día. Esto significa que usted paga \$1 por cada día de suministro cuando surte su receta.

Tarifa por Entrega: Tarifa impuesta cada vez que se surten medicamentos cubiertos para pagar el costo de surtir una receta médica. La tarifa por entrega cubre costos como el tiempo que le toma al farmacéutico preparar y empacar el medicamento.

Declaración de Divulgación de la PRA: De acuerdo con la Ley sobre Reducción de Trámites de 1995, no se le puede exigir a ninguna persona que responda a una solicitud de información a menos que esta tenga un número de control de la OMB válido. El número de control de la OMB válido para esta solicitud 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 las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, incapacidad o sexo. Kaiser Permanente no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, incapacidad o sexo. Además:

- Proporcionamos ayuda y servicios sin costo a personas con incapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
 - ♦ Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
 - ♦ Información por escrito en otros formatos, como letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles.
- Proporcionamos servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no es 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 siete días de 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, incapacidad 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 mencionó 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 EE. UU. de forma electrónica por medio del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles que está disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**; por correo a: 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 (línea TDD)**. Los formularios de queja 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 **7612-674-008-1** (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

MÉTODO	Servicio a los Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-800-476-2167 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	303-214-6489
ESCRIBA A	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 sobre Seguro Médico de Colorado

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico de Colorado 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.

MÉTODO	Información de contacto
LLAME AL	1-888-696-7213
ESCRIBA A	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